

Therapieerfolg und Persönlichkeitsmerkmale

Untersuchung im Rahmen der stationären
Verhaltenstherapie von Zwangsstörungen

Dissertation

zur Erlangung des akademischen Grades

doctor medicinae (Dr. med.)

vorgelegt dem Rat der Medizinischen Fakultät

der Friedrich-Schiller-Universität Jena

von Uwe Gruhn

geboren am 23.09.1966 in Dresden

Gutachter:

1. Herr Prof. Dr. med. Heinrich Sauer
2. Herr Prof. Dr. phil. Bernhard Strauß
3. Herr Prof. Dr. med. Ralf Erkwow

Tag der öffentlichen Verteidigung: 07.11.2006

Inhalt

	Zusammenfassung	1
1	Zwangsstörung und Zwangsphänomene	3
1.1	Das Syndrom der Zwangsstörung	3
1.1.1	Diagnosekriterien	6
1.2	Epidemiologie, Verlauf und Komorbidität der Zwangsstörung	7
1.2.1	Verbreitung	7
1.2.2	Ätiologie, Verlauf und Geschlechterunterschiede	8
1.2.3	Komorbidität	10
1.3	Psychologische Störungsmodelle der Zwangsstörung	11
1.3.1	Psychoanalytische und psychodynamische Sichtweise	11
1.3.2	Verhaltensbiologische Sichtweise	12
1.4	Neurobiologie der Zwangsstörung	14
1.5	Behandlung der Zwangsstörung	17
1.5.1	Pharmakotherapie	17
1.5.2	Kognitive Verhaltenstherapie	18
1.5.3	Kombination von Pharmakotherapie und Kognitiver Verhaltenstherapie	20
1.6	Vorhersage des Therapieerfolges	20
2	Persönlichkeitstheorien in der klinischen Praxis	24
2.1	Persönlichkeitstheorien als Trait-Theorien	24
2.2	Das Fünf-Faktoren-Modell der Persönlichkeit	27
2.2.1	Das NEO-Fünf-Faktoren-Inventar	27
2.3	Ein psychobiologisches Modell der Persönlichkeit und das TCI	28
2.3.1	Das psychobiologische Modell Cloningers	29
2.3.2	Das Temperament- und Charakter-Inventar	31
3	Zwangsstörung, Persönlichkeitseigenschaften und Persönlichkeitsstörungen	34
3.1	Komorbide Persönlichkeitsstörungen	35
3.2	Zwangsstörungen und Persönlichkeitseigenschaften	40
3.2.1	Untersuchungen mit dem NEO-FFM	41
3.2.2	Untersuchungen mit dem TCI	42

4	Fragestellungen und Hypothesen	45
4.1	Effektivität der Therapie	45
4.2	Prädiktoren des Therapieerfolges	46
4.3	Persönlichkeitseigenschaften von Patienten mit Zwangsstörung	47
4.3.1	Persönlichkeitsmerkmale im NEO-FFI	47
4.3.2	Persönlichkeitsmerkmale im TCI	47
4.4	Prädiktion des Therapieerfolges aus Persönlichkeitsvariablen	48
4.4.1	Einfluß von Dimensionen des NEO-FFI	49
4.4.2	Einfluß von Dimensionen des TCI	49
5	Methodik	50
5.1	Stichprobe und Behandlung	50
5.1.1	Behandlungsverlauf und Behandlungskonzept	53
5.1.2	Pharmakotherapie und ihre Klassifizierung in der Studie	55
5.2	Therapiebegleitende psychometrische Diagnostik	57
5.2.1	Verwendete Meßinstrumente	57
	Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale	58
	Beck-Depressions-Inventar	58
	Hamilton Depressions-Skala	59
	Symptomcheckliste von Derogatis	60
	NEO-Fünf-Faktoren Inventar	60
	Temperament- und Charakter-Inventar	61
5.3	Statistische Auswertung	61
5.3.1	Effektivität der Therapie	61
5.3.2	Prädiktoren des Therapieerfolges	62
5.3.3	Beschreibung von Persönlichkeitseigenschaften und ihres statistischen Zusammenhanges mit Symptomskalen	64
5.3.4	Prädiktorfunktion von Persönlichkeitseigenschaften für den Therapieerfolg	64
6	Ergebnisse und Diskussion	65
6.1	Studienergebnisse	65
6.1.1	Effektivität der Therapie	65
6.1.2	Prädiktoren des Therapieerfolges	67
6.1.3	Persönlichkeitseigenschaften von Patienten mit Zwangsstörung	69

	Persönlichkeitsmerkmale im NEO-FFI	69
	Persönlichkeitsmerkmale im TCI	72
6.1.4	Prädiktion des Therapieerfolges aus Persönlichkeitsvariablen	75
	Prädiktion durch Skalen des NEO-FFI	76
	Prädiktion durch Skalen des TCI	76
6.2	Diskussion	78
6.2.1	Anmerkungen zu Stichprobe und Studiendesign	78
6.2.2	Betrachtung der Studienergebnisse	79
	Effektivität der Therapie	79
	Suche nach Prädiktoren des Therapieerfolges	80
	Persönlichkeitsmerkmale und ihre Änderung unter der Therapie	82
	Persönlichkeitsvariablen als Prädiktoren des Therapieerfolges	85
6.3	Schluß	89
	Literaturverzeichnis	90
	Anhang	

Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit widmet sich der Frage nach der Vorhersagbarkeit des Behandlungserfolges am Beispiel der stationären Verhaltenstherapie bei Patienten mit Zwangsstörung. Im Mittelpunkt steht dabei die Suche nach Prädiktoren im Bereich von Persönlichkeitseigenschaften. Die Untersuchung erfolgte mit naturalistischem Design, d.h. an einer real anfallenden Stichprobe ohne zusätzliche Ein- und Ausschlusskriterien und unter realen statt unter experimentellen Behandlungsbedingungen.

Die noch bis Mitte des 20. Jahrhunderts als selten geltende Zwangsstörung wird mittlerweile mit Prävalenzangaben um 2 % als häufige Störung angesehen. Kapitel 1 gibt eine Einführung zur Zwangsstörung. Darüber hinaus werden theoretische Grundlagen vorgestellt, die historisch zunächst von psychologischen Störungsmodellen, dann zunehmend von anderen neurowissenschaftlichen Befunden geprägt wurden. Im Bereich der Therapie der Zwangsstörung wird auf die beiden dominierenden Ansätze eingegangen. Dies sind die Pharmakotherapie, vor allem mit serotonergen Medikamenten, und die kognitive Verhaltenstherapie. Beide werden, wie auch in der hier untersuchten Patientenpopulation, häufig in Kombination eingesetzt.

Für die Suche nach Prädiktoren des Therapieerfolges im Bereich der Persönlichkeitseigenschaften wurde die Untersuchung nach zwei unterschiedlichen Persönlichkeitskonzepten mittels Fragebogen durchgeführt. Kapitel 2 vermittelt Grundlagen der angewendeten Persönlichkeitsmodelle, des NEO-Fünf-Faktoren-Modelles und des psychobiologischen Modells nach C. R. Cloninger.

Ein drittes einführendes Kapitel stellt die bisherigen Erkenntnisse über Zusammenhänge zwischen Zwangsstörungen und Persönlichkeitsstörungen bzw. Persönlichkeitseigenschaften vor. Die Häufigkeitsangaben über komorbide Persönlichkeitsstörungen sind dabei ausgesprochen heterogen. Persönlichkeitseigenschaften von Patienten mit Zwangsstörungen wichen in vielen Untersuchungen von der Norm Gesunder ab. Im Vergleich mit anderen Diagnosegruppen wurden aber wenig spezifische Befunde gefunden.

Der Untersuchung der Patientenpopulation auf Prädiktoren des Therapieerfolges werden die Vorstellung des Therapiekonzeptes und die Darstellung der Effektivität

tät der erfolgten Behandlung vorangestellt. Im Mittelpunkt stehen hier die Vergleiche von Meßwerten auf Symptom- und Persönlichkeitsskalen zu Beginn und Ende der Therapie.

Es folgt die Untersuchung auf Prädiktoren. Dabei wurden zwei Strategien verfolgt. Anhand der Befunde aus der gesichteten wissenschaftlichen Literatur ließen sich Hypothesen aufstellen, die Therapieerfolg in einen Zusammenhang mit Erkrankungsdauer, Erkrankungsalter, Symptomschwere der Zwangserkrankung und Depressivität als wichtigster unspezifischer Symptomdimension stellten. Ergänzend zur Prüfung dieser spezifischen Hypothesen wurde exploratorisch auf Prädiktoren aus den gesamten verfügbaren Daten untersucht.

Im Bereich der Persönlichkeitseigenschaften waren Annahmen aus der Literatur über deren Ausprägung bei Patienten mit Zwangsstörung zu prüfen. Dabei entsprachen die gefundenen Ausprägungen von Persönlichkeitsmerkmalen weitgehend den Erwartungen.

Der Einfluß der Persönlichkeitsmerkmale Neurotizismus und Schadensvermeidung auf den Therapieerfolg wird nach spezifischen Hypothesen untersucht, andere werden ohne gezielte Hypothesen betrachtet.

In der Betrachtung der Ergebnisse zeigen sich starke Therapieeffekte, die bei Behandlung unter Realbedingungen mit den verfügbaren Daten aber nicht gut vorhersagbar sind. In der Diskussion wird diese Befundlage vor allem aus Varianz in der Therapie erklärt.

Für eine Prädiktion von Behandlungseffekten aus Persönlichkeitseigenschaften fanden sich keine ausreichenden Hinweise. Dies stützt und erweitert bekannte Befunde aus der wissenschaftlichen Literatur, die keinen Einfluß von Persönlichkeitsstörungen auf den Behandlungserfolg ausmachen konnten.

Die Heterogenität der Stichprobe, wie sie in der Praxis gegeben ist, bedingt, daß geeignete Vorhersagegrößen möglicherweise erst bei einer differenzierteren Betrachtung ausgemacht werden können. Änderungen in den Persönlichkeitsskalen im Verlauf der Therapie sprechen für eine Wirksamkeit von kognitiver Verhaltenstherapie auf Persönlichkeitseigenschaften.

1 Zwangsstörung und Zwangsphänomene

1.1 Das Syndrom der Zwangsstörung

Zwänge, Zwangsvorstellungen, Zwangshandlungen sind lange als psychopathologisch bedeutsame Phänomene bekannt. Beschreibungen von Zwangsphänomenen finden sich bereits bei dem französischen Psychiater Esquirol 1838. In der deutschen Psychiatrie wurde der Begriff „Zwangsvorstellungen“ von Krafft-Ebing 1867 eingeführt. Begriff und Konzept der „Zwangsneurose“ schließlich wurden von Sigmund Freud geprägt und wären wohl auf einen großen Teil der heute als Zwangsstörungen diagnostizierten Störungsbilder anwendbar.

In Freuds Artikel „Zwangshandlungen und Religionsausübungen“ (1907) werden die Grundzüge einer Zwangsneurose in kurzer Zusammenfassung beschrieben:

„Das neurotische Zeremoniell besteht in kleinen Verrichtungen, Zutaten, Einschränkungen, Anordnungen, die bei gewissen Handlungen des täglichen Lebens in immer gleicher oder gesetzmäßig abgeänderter Weise vollzogen werden. Diese Tätigkeiten machen uns den Eindruck von bloßen „Formalitäten“; sie erscheinen uns völlig bedeutungslos. Nicht anders erschienen sie dem Kranken selbst, und doch ist er unfähig, sie zu unterlassen, denn jede Abweichung von dem Zeremoniell straft sich durch unerträgliche Angst, die sofort die Nachholung des Unterlassenen erzwingt. Ebenso kleinlich wie die Zeremoniellhandlungen selbst sind die Anlässe und Tätigkeiten, die durch das Zeremoniell verziert, erschwert und jedenfalls auch verzögert werden, (...)

Zu Zwangshandlungen im weiteren Sinne können alle beliebigen Tätigkeiten werden, wenn sie durch kleine Zutaten verziert, durch Pausen und Wiederholungen rhythmisiert werden. Eine scharfe Abgrenzung des „Zeremoniells“ von den „Zwangshandlungen“ wird man zu finden nicht erwarten. Meist sind die Zwangshandlungen aus Zeremoniell hervorgegangen. Neben diesen beiden bilden den Inhalt des Leidens Verbote und Verhinderungen (Abulien), die ja eigentlich das Werk der Zwangshandlungen nur fortsetzen, indem dem Kranken einiges überhaupt nicht erlaubt ist, anderes nur unter Befolgung eines vorgeschriebenen Zeremoniells.“

Das Grundprinzip der Zwangsstörung läßt sich trotz unterschiedlicher Subtypen der Störung allgemein beschreiben. Es besteht in einem Zusammenspiel von Zwangsgedanken und Zwangshandlungen. Dabei stellen Zwangsgedanken unwillkürlich einschießende, wiederkehrende Kognitionen oder Impulse dar, welche einen realitätsfernen, unwahrscheinlichen oder unsinnigen Inhalt haben, vom Betroffenen aber als drängend und zumeist unangenehm oder angstausslösend erlebt werden. Die resultierende Anspannung wird daraufhin durch spezielle Handlungen abgebaut, neutralisiert. Die Handlungen sind stereotyp und haben keinen tatsächlichen Nutzen. Sie werden oft ebenfalls als quälend erlebt. Der Drang zur Ausführung der neutralisierenden Handlungen ist imperativ. Über lange Zeiträume neigt dieses Wechselspiel zur Verfestigung und Ausweitung. Häufig trifft man auf ritualisierte Handlungsabläufe, die einer Vermeidung von Spannungszuständen dienen sollen. Diese können den Alltag der Betroffenen nahezu vollkommen ausfüllen. Ob – wie Freud meint – das Ritual in jedem Falle der Vorläufer der Zwangshandlung ist, kann in Frage gestellt werden. Wie aus Ritualisierungen Zwangshandlungen entstehen, so können auch Zwangshandlungen der Ursprung vorbeugender Rituale sein.

Prinzipiell muß bei den Betroffenen Einsicht in die Unsinnigkeit des beschriebenen Circulus vitiosus bestehen, und diese leiden dann eben darunter. Solche Zwänge werden auch als ich-dyston bezeichnet. Im Gegensatz dazu besteht die Möglichkeit, daß Betroffene zwanghaftes Denken und Handeln zumindest teilweise im Einklang mit sich selbst erleben und dieses Verhalten schützen und verteidigen. Diese Zwänge werden auch als ich-synton bezeichnet. Die Betroffenen leiden nicht unter den Zwängen, sondern – wenn überhaupt – häufig unter Konflikten mit der Umwelt, unter dem Scheitern in der Realität und unter Isolierung. Stark ich-syntone Zwangsphänomene sind typisch für die sog. zwanghafte oder anankastische Persönlichkeit. Wird die ich-syntone Zwanghaftigkeit für die entsprechende Person zum Hindernis bei der Bewältigung des Alltages oder leidet ihre Umwelt darunter, so liegt möglicherweise eine zwanghafte Persönlichkeitsstörung vor. Auf diese wird später noch näher eingegangen.

Manche Zwangsstörungen weichen in ihrer Symptomatik vom beschriebenen Prinzip ab. Beispielsweise kann sich die Störung größtenteils in rein gedanklichen Prozessen abspielen, wobei bestimmte Gedanken oder Vorstellungen die Funktion der neutralisierenden Handlung übernehmen. In diesem Sinne wird auch von ge-

danklichen Zwangshandlungen gesprochen. Zwangsstörungen, bei denen zugrundeliegende spannungsauslösende Gedanken nicht zu explorieren sind, kommen vor. Sie können völlig fehlen oder sind für die Betroffenen nicht zugänglich oder nicht formulierbar, möglicherweise auch nach langer Krankheitsgeschichte nicht mehr erinnerbar.

Permanentes Zweifeln auf der gedanklichen und Wiederholungen auf der Handlungsebene zeichnen Zwangsstörungen aus. Das immer wiederkehrende Gefühl der Unsicherheit ist charakteristisch.

Faktorenanalytische Studien haben mittlerweile Symptomdimensionen für die Zwangsstörung voneinander zu trennen versucht, die Untergruppen der Zwangsstörung unterscheiden. Damit kann auch der Frage nach unterschiedlichen Behandlungserfolgen bei der Therapie der Zwangsstörung nachgegangen werden.

Baer et al. (1994) fanden über die Faktorenanalyse eines Fremderhebungsinstruments für Symptome der Zwangsstörung, der Symptom-Checkliste zur Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale, drei Faktordimensionen von Zwangsstörungen. Diese bezeichneten sie als „symmetry/hoarding“, „contamination/cleaning“ und „pure obsessions“.

Eine neuere Studie (Denys et al. 2004) berichtet mit ähnlichem Vorgehen, jedoch unter Einbeziehung eines Selbstauskunftsinstrumentes, des Padua Inventory revised, von 6 konsistenten Symptom-Clustern, hier sinngemäß übersetzt: Kontamination/Reinigen, sexuelle/religiöse/körperliche Zwangsgedanken und Kontrollen, hohe Risikobewertung und Kontrollen, Kontrollverlustbefürchtungen, Bedürfnis nach Symmetrie und Exaktheit, Ordnen und Zählen sowie letztlich zwanghaftes Grübeln.

Als seltene Form der Zwangsstörung findet sich in der Literatur verschiedentlich auch die zwanghafte Langsamkeit (Takeuchi et al. 1997).

Neben den Versuchen, eine Subtypisierung über die Symptome zu erreichen, existieren auch Überlegungen, bestimmte Verlaufsformen oder an bestimmte Komorbidität, wie z.B. rheumatisches Fieber, gebundene Subtypen der Zwangsstörung zu unterscheiden (Attiullah et al. 2000).

Insgesamt gibt es also gute Hinweise auf spezifische Untergruppen der Zwangsstörung, doch kann deren Anzahl nicht sicher angegeben werden. Sicher ist letzt-

lich auch nicht, ob es sich dabei um Subtypen der Zwangsstörung mit jeweils einheitlicher Pathogenese handelt.

Der Sinn der Unterscheidung von Untergruppen der Zwangsstörung liegt praktisch gesehen vor allem darin, differentielle Therapieansätze zu entwickeln. Dies käme insbesondere den Patientengruppen zugute, die bisher ein schlechteres Therapieergebnis vorweisen können.

1.1.1 Diagnosekriterien

In den gebräuchlichen Nomenklaturen der Diagnostik, ICD-10 und DSM-IV, werden sehr ähnliche Kriterien an die Diagnose einer Zwangsstörung angelegt. Im folgenden werden diese Kriterien in stark verkürzter Form dargestellt.

Diagnosekriterien in ICD-10:

Die Zwangsstörung (F42) wird im Kapitel „Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen“ eingeordnet. Unterschieden wird zwischen Zwangsstörung mit vorwiegend Zwangshandlungen (F42.0), mit vorwiegend Zwangsgedanken (F42.1), Zwangsgedanken und Zwangshandlungen, gemischt (F42.2), anderen (F42.8) und nicht näher bezeichneten (F42.9) Zwangsstörungen.

Wesentliche Kennzeichen sind wiederkehrende Zwangsgedanken und Zwangshandlungen. Zwangsgedanken sind Ideen, Vorstellungen oder Impulse, die den Betroffenen immer wieder stereotyp beschäftigen. Sie sind quälend, häufig aufgrund gewalttätigen oder obszönen Inhaltes, sie werden als sinnlos erlebt und doch bleibt der Widerstand gegen diese Gedanken erfolglos. Zwangshandlungen wiederholen sich ebenso stereotyp. Sie werden nicht als angenehm erlebt und dienen nicht der Erledigung nützlicher Aufgaben. Sie werden von der betroffenen Person häufig als Vorbeugung gegen ein objektiv unwahrscheinliches, unheilbringendes Ereignis erlebt.

Zur Stellung der Diagnose muß die Symptomatik für mindestens zwei Wochen an den meisten Tagen auftreten. Die Störung wird oft von starker Angst begleitet. Es werden Diagnostische Leitlinien formuliert: Zwangsgedanken und Impulse müssen als eigene Gedanken für den Patienten erkennbar sein. Der Betroffene muß mindestens gegen einen Gedanken oder Impuls noch Widerstand leisten; dieser muß nicht erfolgreich sein. Die Gedanken und Handlungen dürfen nicht an sich angenehm sein und müssen sich in unangenehmer Weise wiederholen.

Diagnosekriterien im DSM-IV:

Die Zwangsstörung, im anglo-amerikanischen Sprachraum Obsessive-Compulsive Disorder (OCD), wird im Kapitel Angststörungen (300.3) eingeordnet. Zwangsgedanken oder Zwangshandlungen treten auf. Die betroffene Person versucht Gedanken oder Impulse zu ignorieren oder zu unterdrücken oder führt neutralisierende Handlungen aus. Die Zwangsgedanken und Impulse werden als eigene Gedanken erkannt. Zwangshandlungen dienen dazu, Unwohlsein zu verhindern oder zu reduzieren bzw. befürchteten Ereignissen vorzubeugen. Zu irgendeinem Zeitpunkt soll die betroffene Person erkannt haben, daß die Zwangsgedanken oder Zwangshandlungen übertrieben oder unbegründet sind. Bei Kindern muß dies nicht zutreffen.

Zwangssymptome sind eine erhebliche Belastung und nehmen mehr als 1 Stunde am Tag in Anspruch oder verursachen ausgeprägtes Leiden oder deutliche Beeinträchtigung in der Tagesroutine, im Funktionsniveau oder in den Beziehungen.

Die Symptomatik bezieht sich beim Vorliegen einer weiteren Achse I-Störung nicht nur auf diese. Die Störung geht nicht auf eine Substanzwirkung oder einen anderen medizinischen Krankheitsfaktor zurück.

Wesentliche Unterschiede der Klassifikation in beiden Systemen bestehen darin, daß ICD-10 nochmals nach den vorherrschenden Zwangssymptomen unterteilt, DSM-IV dagegen das Maß der funktionellen Beeinträchtigung stärker gewichtet. Außerdem stellt die Einordnung der Zwangsstörung unter den Angststörungen im DSM-IV eine Besonderheit dar.

1.2 Epidemiologie, Verlauf und Komorbidität der Zwangsstörung

1.2.1 Verbreitung

Häufigkeitsangaben zur Zwangserkrankung änderten sich mit der zunehmenden Aufmerksamkeit, die diesem Krankheitsbild zuteil wurde. Daneben muß auch der Wechsel diagnostischer Konzepte, von der Zwangsneurose hin zu operationalisierten Diagnosen in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts, Einfluß auf epidemiologische Daten gehabt haben. Galt die Zwangsstörung bis weit ins 20. Jahrhundert als selten und schwer therapierbar, so wird sie heute als eine verbreitete

psychische Störung betrachtet. Die Prävalenzangaben liegen z.B. ungefähr doppelt so hoch wie bei der Schizophrenie.

Große Studien wie das Epidemiologic Catchment Area (ECA) Programm des National Institute of Mental Health in den USA lieferten Lebenszeitprävalenzen von 1,94 bis 3,29% für die Zwangsstörung. Niedrigere Prävalenzraten fanden Stein et al. (1997) in einer kanadischen Bevölkerungsstudie mit nochmaliger Überprüfung der in der Erhebung gewonnenen Diagnosen durch Kliniker. Dabei war feststellbar, daß nur ein Teil der primär diagnostizierten Fälle Bestand hatte. Allerdings wurde dies an einer sehr kleinen Substichprobe von 25 Betroffenen und 25 subklinischen Kontrollen festgestellt. Eine Überbewertung von Symptomen durch die Befragten und die Schwierigkeit, mit wenigen Fragen das im DSM-IV wichtige Kriterium der Beeinträchtigung zu prüfen, werden als mögliche Ursachen höherer Prävalenzen in der primären Erhebung angesehen. Es ergibt sich letztlich auch die Möglichkeit, daß andere große epidemiologische Studien Prävalenzen überbewerten.

Eine neuere Übersichtsarbeit zur Epidemiologie der Zwangsstörung, die 9 Studien einschloß, stellte Halbjahresprävalenzen zwischen 0,7 und 2,1% fest (Bebbington 1998). Eine deutsche Bevölkerungsstudie von Grabe (2000) fand eine Lebenszeitprävalenz von 0,5% für Zwangsstörung und von 2,0% für eine sog. subklinische Zwangsstörung. Darunter ist das Vorhandensein von Zwangssymptomen zu verstehen, ohne daß sämtliche Diagnosekriterien für die Zwangsstörung erfüllt sind. Andere, auch international vergleichende Arbeiten berichten Prävalenzraten um 2% (Weissman et al. 1994, Sasson et al. 1997). Eine Ausnahme soll Taiwan mit einer Prävalenz von 0,7% darstellen. Interessanter- wie unerklärterweise seien auch andere psychische Störungen hier seltener als in anderen Regionen der Welt. Wesentliche interkulturelle Unterschiede konnten ansonsten bisher nicht gefunden werden. Weissman et al. halten Unterschiede bzgl. des Vorherrschens von Zwangsgedanken bzw. Zwangshandlungen für möglich.

1.2.2 Ätiologie, Verlauf und Geschlechterunterschiede

Es scheint keinen einheitlichen Pathomechanismus für die Entstehung von Zwangssymptomen zu geben. Familiäre Häufung bei einem Teil der Patienten spricht für eine hereditäre Prädisposition. Zwangssymptome treten aber auch bei einem Teil von hirnorganisch bedingten Störungen auf, deren Genese wiederum heterogen ist. Für einen Teil dieser Fälle wird eine autoimmunologische Genese i.

S. einer Poststreptokokkenerkrankung (β -hämolyisierende Streptokokken der Gruppe A) angenommen. Außerdem existieren lerntheoretische, kognitive und psychodynamische Theorien aus den verschiedenen Psychotherapieschulen, die möglicherweise entscheidende äußere Einflüsse für die Ausbildung einer Zwangsstörung widerspiegeln.

Für einen großen Teil der Zwangsstörungen wurde das gleichzeitige Vorliegen sog. neurologischer Soft Signs beschrieben, namentlich Störungen der Feinmotorik und Koordination, der visuell-räumlichen Fähigkeiten und das Auftreten unwillkürlicher Bewegungen. Tics sind unter männlichen Zwangspatienten häufiger. In der Gruppe „organisch“ gefärbter Zwangsstörungen ist das Ansprechen auf eine Pharmakotherapie möglicherweise schlechter als in der Gruppe „nichtorganischer“ Zwangspatienten (Lochner und Stein 2003).

Die Zwangsstörung verläuft meist primär chronisch. Spontanremissionen gelten als selten. Wenige Betroffene berichten trotz fluktuierender Symptomatik völlig symptomfreie Intervalle. Nach ICD-10 sei die Chronifizierung bei Zwangsstörung ohne depressive Begleitsymptomatik besonders häufig.

Auch wenn die Gleichverteilung der Diagnose unter den Geschlechtern eine verbreitete Annahme darstellt, die sich z.B. auch im DSM-IV findet, weisen einige Studien auf Unterschiede hin. Grabe et al. (2000) fanden bei ihrer Literaturrecherche Relationen von weiblichen zu männlichen Betroffenen zwischen 0,9 und 3,4 in der Lebenszeitprävalenz. In der Untersuchung ihrer norddeutschen Bevölkerungsstichprobe lag das Verhältnis sogar bei 5,7. Der Befund stellt bislang jedoch eine Ausnahme dar.

Bezüglich des Krankheitsausbruchs scheint es eine zweigipflige Altersverteilung zu geben mit Maxima zu Beginn der Adoleszenz und im jungen Erwachsenenalter (vgl. auch ICD-10). Bei Adoleszenten wurden keine Prävalenzunterschiede zwischen den Geschlechtern festgestellt. Der Krankheitsausbruch liege hier bei männlichen Betroffenen etwas früher als bei weiblichen (Zohar 1999).

Im Sinne der o.g. Symptomdimensionen scheint die Symptomatik über lange Zeit konstant zu sein. Änderungen sind vor allem innerhalb der Symptomdimension oder quantitativ zu beobachten. So wäre z.B. eine Ausweitung von Kontrollverhalten auf immer mehr Lebensbereiche und auch die Modifikation von Kontrollstrategien etwas typisches, das plötzliche Hinzutreten von Symptomen aus einer anderen Symptomdimension, beispielsweise Sammelzwängen, etwas Seltenes.

Dies belegen Follow-up-Studien. Änderungen innerhalb der Symptomdimensionen waren dabei auch nicht durch allgemeine klinische Verbesserung i.S. eines Behandlungseffektes erklärbar (Mataix-Cols et al. 2002).

1.2.3 Komorbidität

Wenige Studien beschäftigen sich mit der Komorbidität der Zwangsstörung insgesamt. Häufiger zu finden sind Untersuchungen der Komorbidität mit ausgewählten Gruppen von Störungen, wie etwa Persönlichkeitsstörungen, depressiven und Angststörungen oder auch sog. Zwangsspektrumsstörungen.

Die Zwangsstörung hat eine hohe Komorbidität; möglicherweise ist der überwiegende Teil der Fälle mit weiteren Achse I-Störungen nach DSM vergesellschaftet (LaSalle et al. 2004).

Grabe gab für seine norddeutsche Bevölkerungsstichprobe (n=4093) als häufige komorbide Achse I-Störung für beide Geschlechter Major Depression und für Frauen zusätzlich Angststörungen an (Grabe et al. 2001). Nach strukturiertem Interview (M-CIDI) hatten Frauen mit Zwangsstörung durchschnittlich 3,8 weitere Lebenszeitdiagnosen für psychische Störungen, subklinische Kontrollen dagegen durchschnittlich 1,5. Für betroffene Männer ergaben sich durchschnittlich 2 weitere Lebenszeitdiagnosen, für die subklinischen Kontrollen wiederum 1,5.

Overbeck und Mitarbeiter (2002) fanden Depression bei 1/3 von untersuchten Zwangskranken.

Steketee et al. (2001) berichten als häufigste komorbide Achse I-Diagnosen ebenfalls Major Depression, Dysthymia, soziale Phobie und generalisierte Angststörung in einer Stichprobe von 63 ambulanten Patienten.

Bei der Untersuchung von 420 ambulanten Patienten mit Zwangsstörung auf Achse I und Achse II des DSM-IV stellten Denys und Mitarbeiter (2004b) für 46% der Betroffenen das Vorliegen einer Komorbidität fest; bei 27% lag mindestens eine Achse I-Störung, bei 15,6% eine Achse II-Störung, d. h. eine Persönlichkeitsstörung, und bei 20,4% eine Achse I- und eine Achse II-Störung vor. Der Schweregrad der Zwangsstörung war ohne Zusammenhang mit dem Vorliegen weiterer Achse I-Diagnosen.

Eine besondere Beziehung scheint zwischen der Zwangsstörung und sog. Zwangsspektrumerkrankungen zu bestehen. Gemeinsame pathophysiologische Faktoren werden angenommen. Zu diesen Störungen gehören Tic-Störungen, Trichotillomanie, Tourette-Syndrom und Impulskontrollstörungen, wie beispielsweise

se zwanghafte Selbstverletzung oder die sog. Kaufsucht. Es gibt Hinweise, daß diese Störungen, insbesondere die Tic-Störungen, mit einem früheren Ausbrechen der Zwangsstörung assoziiert sind (Diniz et al. 2004). Familiär treten möglicherweise gehäuft Dymorphophobische/Körperschemastörungen und Hypochondrie, Eßstörungen und Impulskontrollstörungen wie Trichotillomanie, Onychophagie und Acne excoriee auf. Unter Zwangspatienten haben möglicherweise 2/3 Symptome i.S. mindestens einer zusätzlichen Zwangsspektrumstörung (du Toit et al. 2001).

Eine familiäre Komponente der Zwangsstörung ist möglicherweise gekennzeichnet durch einen frühen Beginn der Störung. Bei Angehörigen betroffener Personen ist die Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer Zwangsstörung und auch von Tics erhöht.

Eine besondere Gruppe von Patienten stellt auch die mit gleichzeitigem Vorliegen von psychotischen und Zwangssymptomen dar.

Auf die Komorbidität von Zwangsstörungen und Persönlichkeitsstörungen wird später eingegangen.

Trotz heterogener Komorbiditätsdaten kann davon ausgegangen werden, daß ein sehr großer Teil der Zwangsstörungen nicht isoliert, sondern in Verbindung mit anderen Achse I- und Achse II-Störungen auftritt.

1.3 Psychologische Störungsmodelle der Zwangsstörung

Die psychologischen Modelle dominierten bis vor ca. 20-30 Jahren die wissenschaftlichen Ansichten zur Zwangserkrankung. Unter ihnen prägten natürlich zunächst die der Psychoanalyse verwandten das Bild. Es folgten verhaltenspsychologische Theoriebildungen. In den letzten Dekaden häuften sich insbesondere Befunde aus der neurobiologischen Forschung, die im Anschluß an die psychologischen Modelle kurz umrissen werden.

1.3.1 Psychoanalytische und psychodynamische Sichtweise

In den der Psychoanalyse nahe stehenden psychologischen Theorien wird eine Unterscheidung zwischen zwanghaftem Charakter und Zwangsneurose getroffen. Beide können vergesellschaftet auftreten oder für sich allein. Der Begriff Zwangsneurose beschreibt dabei Krankheitsbilder, die wohl zum allergrößten Teil nach den operationalisierten Diagnosemanualen als Zwangsstörung klassifiziert wer-

den. Der zwanghafte Charakter hingegen umfaßt Persönlichkeitsstrukturen i.S. der zwanghaften Persönlichkeit und auch der zwanghaften Persönlichkeitsstörung nach ICD-10 oder DSM-IV.

Themen der Zwangssymptomatik sind Aggressivität und Kontrolle. Die Störung rückt damit triebdynamisch in enge Beziehung zur sogenannten analen Phase, in welcher Verschmutzung/Sauberkeit und Expansion/Unterwerfung/Kontrolle wesentliche Inhalte der Entwicklung des Kindes im Alter von 2 bis 3 Jahren sind. In dieser Entwicklungsphase findet ein bedeutender Teil der Autonomieentwicklung statt. Demnach kann ein in dieser Phase erworbener Grundkonflikt auch als Autonomie-Abhängigkeits-Konflikt beschrieben werden, der sich in der äußeren Realität in der konflikthaften Auseinandersetzung zwischen Kind und Eltern zeigt, in der Folge aber auch als Konflikt der inneren Instanzen Es und Über-Ich fortbesteht. Unterschiedliche tiefenpsychologische Schulen stimmen weitgehend darin überein, daß in der Zwangsstörung ein Konflikt zwischen eigenen aggressiven Impulsen (Es) und einem entgegengerichteten übermächtigen Bestreben, diese Impulse zu kontrollieren (Über-Ich), vorliegt. Als Abwehrmechanismen werden häufig Isolierung, Ungeschehenmachen, Intellektualisieren und Reaktionsbildung aufgeführt (vgl.: Berger 2004).

Der nach psychoanalytischem Verständnis in der Zwangsstörung reaktivierte ursprüngliche Konflikt ist dabei nicht notwendigerweise in der analen Phase zu suchen. Es besteht ebenso die Möglichkeit, daß eine noch früher erworbene Störung eine Vulnerabilität, ein fragiles Ich hinterläßt, welches mit Zwangssymptomatik stabilisiert wird (vgl.: Rudolf 2000).

Zusammengefaßt heißt dies: Bei einer Zwangsneurose trägt der Konfliktinhalt und/oder die Konfliktbewältigung zwangsneurotische Züge.

1.3.2 Verhaltenspsychologische Sichtweise

Verhaltenswissenschaftliche Modelle beschäftigen sich im weitesten Sinne mit Konditionierungsphänomenen. Damit werden die Entstehung, die Dynamik und die Aufrechterhaltung der Störung beschrieben.

Die Beschreibung der Zwangsstörung folgte lange Zeit dem Zwei-Faktoren-Modell nach Mowrer (1947), welches die Entstehung von Angststörungen allgemein beschreibt. Dabei wird in einem ersten Schritt eine klassische Konditionierung eines bisher neutralen Stimulus mit einem aversiven Reiz angenommen. Folgend kann über den nun konditionierten Stimulus die vormals durch den aversiven

Reiz hervorgerufene emotionale Reaktion ausgelöst werden. In einem weiteren Schritt erfolgt nun eine operante Konditionierung. Die hervorgerufene unangenehme emotionale Reaktion führt entweder zur Meidung des Stimulus oder zur neutralisierenden Handlung. Es wird eine Reduktion von Angst bzw. Anspannung erreicht, wodurch dieses Meidungs- oder Neutralisationsverhalten negativ verstärkt wird.

Eines der neueren und Modelle zur Beschreibung der Zwangsstörung ist das kognitive Modell von Salkovskis (1985, 1989), Abb. 1. Es wurde ursprünglich ebenfalls zur Beschreibung von Angststörungen entwickelt. Beschrieben wird, wie gedankliche Assoziationen oder Intrusionen, die bestimmten Auslösereizen folgen, in charakteristischer Weise verstärkt werden, indem ihnen eine angst- oder anspannungserzeugende Bedeutung verliehen wird. Die Intrusionen sind dabei als normale Phänomene des Denkens anzusehen, die beim Gesunden meist keine weitere Bedeutung erlangen und rasch wieder vergessen werden. Bei der Zwangsstörung ist der kognitive Schritt der Kopplung solcher Intrusionen mit einer besonderen Bedeutung der entscheidende und schließlich auch der in diesem Modell rückwirkend verstärkte. In der Regel spiegelt die gegebene Bedeutung ein übertriebenes Verantwortungsgefühl wider, in einer Situation vermeintlich schlimme

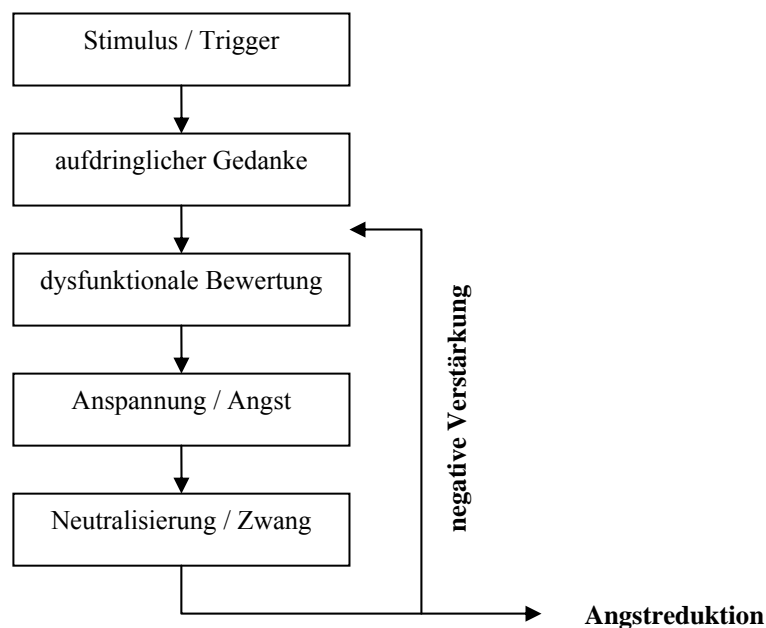


Abb. 1: kognitives Modell der Zwangsstörung nach Salkovskis

Folgen verhindern zu müssen. Der häufig verwendete Begriff der „inflated responsibility“ (aufgeblähtes Verantwortungsgefühl) beschreibt dies. Die entstehende Anspannung schließlich kann nicht ausgehalten werden, und es folgen Handlungen, die der Angstreduktion dienen, die sogenannten Neutralisierungen.

Zur Erklärung der Latenz zwischen initialer Konditionierung und Erkrankungsausbruch im Zwei-Faktoren-Modell müssen andere theoretische Vorstellungen herangezogen werden. Beispielsweise können Erklärungen dafür aus dem sogenannten „Kindling“ abgeleitet werden. Die dahinterstehende Theorie besagt, daß über längere Zeit präsentierte unterschwellige Reize die Reaktionsschwelle senken und so eine verzögert auftretende Vulnerabilität hervorrufen können. So könnte nach der Konditionierung auf den anfänglich neutralen Stimulus eine Vielzahl von Situationen folgen, in denen unangenehme Gefühle ausgelöst werden, die Schwelle zur Vermeidung bzw. zur neutralisierenden Handlung aber noch nicht erreicht wird.

Wie für die meisten anderen Störungen kann für die Zwangsstörung ein Diathese-Streß-Modellen entworfen werden. Darin lassen sich unterschiedliche Bedingungen für die Entstehung, wie individuelle biologische Voraussetzungen, Milieubedingungen usw., integrieren.

Neuere Theorien zur Zwangsstörung orientieren sich an neurowissenschaftlichen Forschungsbefunden.

1.4 Neurobiologie der Zwangsstörung

Frühe neurowissenschaftliche Erkenntnisse zur Zwangsstörung wurden durch das Auftreten von Zwangssymptomatik im Rahmen neurologischer und psychiatrischer Erkrankungen gewonnen, bei denen es zu einer Affektion der Basalganglien kommt. Beispiele sind die Encephalitis lethargica (Economo), das Gilles-de-la-Tourette-Syndrom und die Chorea minor (Sydenham). Eine Verwandtschaft mit den sog. Zwangsspektrumserkrankungen und das Auftreten neurologischer Symptome bzw. neurologischer „soft signs“ wurde weiter oben erwähnt. Ebenfalls frühe Beiträge der Neurowissenschaften zum Verständnis der Zwangsstörung stammen aus Läsionsstudien. Die Erfolge neurochirurgischer Interventionen bestätigen neuroanatomische Annahmen über störungsrelevante Hirnstrukturen.

Seit mehr als zwei Jahrzehnten wird zur Zwangsstörung intensiv neurobiologisch geforscht. Neben psychologischen Störungsmodellen haben sich neurobiologische

Ansätze zur Beschreibung der Störung durchgesetzt. Im folgenden soll ein kurzer Überblick über die wesentlichen Elemente neurobiologischer Störungsmodelle der Zwangsstörung gegeben werden. Die berichteten Befunde sind zahlreich; zusammenfassende Darstellungen des Forschungsstandes finden sich in Übersichtsarbeiten (Graybiel und Rauch 2000, Kordon und Hohagen 1998, Lochner und Stein 2003).

Methode der neurobiologischen Forschung ist nach früheren Läsionsstudien oder Schlüssen aus pharmakologischen Wirkungen vor allem die funktionelle Bildgebung (PET – positron emission tomography, SPECT – single photon emission computed tomography, fMRT – functional magnetic resonance tomography). Dabei können regionale Stoffwechselaktivität oder regionale Durchblutung als Maß für neuronale Aktivität beobachtet werden. Räumliche und zeitliche Auflösung stellen gegenwärtig Grenzen dar, die eine genaue Lokalisation ursächlicher Läsionen nicht zulassen. Auch andere Methoden, z.B. zellbiologische, psychopharmakologische, elektrophysiologische tragen zum Erkenntnisgewinn bei.

Weitgehende Einigkeit besteht in der Annahme kortikal-subkortikaler Regelkreise als funktionelle Strukturen, die störungsspezifische Kognitionen und Verhaltensweisen generieren. Der orbitofrontale Kortex und das vordere Cingulum stellen dabei wesentliche kortikale und Striatum mit Nucleus caudatus – zusammen auch Neostriatum - wichtige subkortikale Strukturen dar. Weitere Strukturen, u.a. limbische, thalamische, das Pallidum und die Amygdalae sind involviert.

Der orbitofrontale Kortex spielt bei der Einschätzung von Verhaltenskonsequenzen und dadurch geleitete Entscheidung zum Handeln, bei Verhaltenssteuerung und Planung und damit auch für das Erlernen von Verhaltensweisen eine wichtige Rolle. Dies war auch vor der Ära der funktionellen Bildgebung aus Läsionsstudien bekannt. Der berühmteste Fall ist der des Phineas Gage, eines Sprengarbeiters, dem bei einem Sprengunfall eine Eisenstange durch die Wange und die linke Stirnseite getrieben wurde. Er überlebte diesen Unfall und ließ eine deutliche Wesensveränderung nach seiner Genesung erkennen, die den ehemals besonnenen, zielstrebigem und klugen Mann nun kindisch, launenhaft, wenig rücksichtsvoll und zuweilen ungehalten und halsstarrig erscheinen ließ. - Läsionen des orbitofrontalen Kortex führen u. a. zu Defiziten in der Handlungsplanung und in der Entscheidungsfindung.

In der funktionellen Bildgebung zeigte sich eine insgesamt verstärkte kortikale Aktivität bei Zwangskranken, besonders ausgeprägt im Bereich des orbitofrontalen Kortex. Eine zusätzliche Verstärkung erfährt die Aktivitätserhöhung unter Symptomprovokation. Dagegen wurde eine Normalisierung der Aktivität bei erfolgreicher Therapie nachgewiesen (vgl.: Graybiel, 2000). Die beschriebenen Aktivierungen betrafen neben dem orbitofrontalen Kortex je nach Studie häufig auch das anteriore Cingulum, das Striatum und andere Basalganglien.

Die verstärkte Aktivität des orbitofrontalen Kortex steht hypothetisch im Zusammenhang mit dem Haften an Zwangsgedanken und -handlungen bzw. der mangelnden Flexibilität, vom Zwangsverhalten abzulassen. Ein Missverhältnis zwischen kortikaler Aktivität und der modulatorischen Funktion der Basalganglien, insbesondere des Nucleus caudatus wird vermutet (vgl. Kordon und Hohagen in: Berger 2004).

Das vordere Cingulum als Teil des limbischen Systems ist eng verbunden mit Motivation und Emotion. Ein Zusammenhang der Aktivität des anterioren Cingulums mit dem Grad der aktuellen Belohnungs-/Erfolgserwartung wurde auch tierexperimentell nachgewiesen (Shidara und Richmond 2002).

Das anteriore Cingulum hat über ein weiter rostral gelegenes motorisches Areal Verbindung zum Motorkortex. Für cinguläre Strukturen nimmt man eine Rolle bei der Reaktionsauswahl auf bestimmte Reize an. Es spielt bei intuitiven Entscheidungen eine Rolle.

Orbitofrontaler Kortex und Cingulum gemeinsam könnten also der Wahrnehmung emotionaler Stimulusqualitäten und der Verhaltensentscheidung aufgrund aus Erfahrung angenommener Verhaltenskonsequenzen dienen.

Als (Neo-)Striatum bezeichnet man eine komplexe Struktur, bestehend aus Nucleus caudatus, Globus pallidus und Nucleus accumbens. Diese Ganglien sind auf vielfältige Art mit anderen Hirnstrukturen vernetzt und spielen vermutlich im prozeduralen Lernen und bei der Steuerung von raschen, automatisierten Verhaltensweisen eine Rolle (vgl.: Kordon und Hohagen 1998). Im Gegensatz zu den o.g. kortikalen Strukturen sind für diese rasch abrufbaren Verhaltensweisen vorausgehende Stimuli entscheidend und nicht antizipierte Handlungskonsequenzen.

Zusammengefasst sind kortikobasale Schaltkreise, die orbitofrontalen und anterioren cingulären Kortex mit Nucleus caudatus und vorderen Anteilen des Striatums verbinden, wohl die Strukturen, in denen wesentliche Symptome der Zwangsstö-

rung generiert werden. Der Ort und die Art der tatsächlichen Läsion sind noch unbekannt. Die Ergebnisse der funktionellen Bildgebung sind heterogen. Die genannten Strukturen stehen in ihrer physiologischen Funktion in Zusammenhang mit Stimuluserkennung, mit exekutiven Funktionen wie Planen und Ausführen und mit Erwerb von Gewohnheiten und Verhaltensroutinen.

Für die neurobiologische Sicht auf die Zwangsstörung ist der vielfach replizierte Befund des Ansprechens der Störung auf eine serotonerge Medikation wichtig. Die Behandlungseffekte sind dabei aber kein Beleg für eine ursächliche Störung im Serotonin-System (vgl.: Berger 2004).

1.5 Behandlung der Zwangsstörung

Die Erfahrung aus den letzten Dekaden zeigt, daß trotz des primär chronischen Verlaufes der Zwangsstörung mit z. T. deutlicher Beeinträchtigung der Betroffenen, der relativen Häufigkeit der Störung und gewachsener allgemeiner Aufmerksamkeit gegenüber dem Störungsbild noch Jahre vom Krankheitsausbruch bis zur Diagnosestellung und einem spezifischen Behandlungsversuch vergehen.

Bis in die Mitte des letzten Jahrhunderts hinein galt die Zwangsstörung als schwer behandelbar. Inzwischen ist wissenschaftlich gut abgesichert, daß die Kognitive Verhaltenstherapie und Pharmakotherapie effektive Behandlungsmethoden darstellen.

1.5.1 Pharmakotherapie

Über die pharmakologische Behandlung der Zwangsstörung liegen mittlerweile Metanalysen (Evidenzstufe Ia) vor (Piccinelli et al. 1995; Abramowitz 1997; Kobak et al. 1998; vgl.: Berger 2004). Dabei wurde ein gutes Ansprechen der Störung auf serotonerge Medikation gesichert. Viele Daten liegen für Clomipramin vor. In seinem Wirkspektrum besitzt dieses eine zusätzliche Hemmung der Noradrenalin-Wiederaufnahme sowie Effekte an weiteren Rezeptoren, die aber nicht für die therapeutischen Effekte bei der Zwangsstörung verantwortlich gemacht werden. Vergleichbare Behandlungseffekte wurden mit selektiven Serotoninwiederaufnahmehemmern (serotonine reuptake inhibitors; SSRI) gefunden. Wegen eines günstigeren Nebenwirkungsspektrums als bei Clomipramin sind SSRI inzwischen Mittel der ersten Wahl. Studien belegen eine Dosisabhängigkeit in der Wirkung der serotonergen Medikation; eine deutlich höhere Dosierung als in der

Depressionsbehandlung scheint vorteilhaft zu sein. Dies läßt sich z.B. für Clomipramin in der Meta-Analyse von Abramowitz an einer starken Korrelation von Effektstärke als Therapieerfolgsmaß und registrierten Nebenwirkungen ablesen.

Eine zusätzliche Gabe atypischer Neuroleptika stellt einigen Studien und Expertenkonsensus zufolge eine weitere Möglichkeit in der Pharmakotherapie dar.

Letztlich bestehen die Behandlungserfolge durch eine Pharmakotherapie in einer Symptomreduktion, die an die kontinuierliche Einnahme des Pharmakons gebunden scheint, d.h. es gibt Hinweise auf eine erneute Verstärkung der Symptomatik nach Absetzen der Medikamente (DeVeauh Geiss 1993). Vollständige Remissionen der Zwangsstörung unter medikamentöser Behandlung sind ausgesprochen selten.

1.5.2 Kognitive Verhaltenstherapie

Randomisierte und kontrollierte Studien (Evidenzstufe Ib) zur Psychotherapie von Zwangsstörungen liegen bislang nur für die Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) vor (Abramowitz 1997, Eddy et al. 2004; vgl.: Berger 2004). Sie stellt das Therapieverfahren der Wahl dar. Prinzipiell ist die Behandlung mit ausschließlich kognitiven oder verhaltensbasierten Techniken möglich. Diese Trennung in einigen Studien ist aus heutiger Sicht aber nur noch von theoretischem Interesse. In der therapeutischen Praxis sind Techniken aus beiden Richtungen vereint und der Begriff der Kognitiven Verhaltenstherapie wird dafür verwendet.

Die wesentlichen verwendeten Therapiemethoden der KVT sind die sogenannte Reizkonfrontation mit Reaktionsverhinderung und die kognitive Therapie. Andere, wie z.B. die Gedanken-Stop-Technik, sind bei der Behandlung der Zwangsstörung in den Hintergrund getreten. Es existieren strukturierte Behandlungsmanuale für die KVT der Zwangsstörung (z.B.: Lakatos und Reinecker 2001).

Die Therapie ist darauf gerichtet, den weiter oben beschriebenen Circulus vitiosus aus dysfunktionaler Bewertung intrusiver Gedanken mit resultierender Anspannung, folgender neutralisierender Handlung und schließlich rückwirkender Verstärkung dieses Mechanismus durch den erlebten Spannungsabbau zu durchbrechen. Kognitive und verhaltensorientierte Therapieschritte stehen dabei in Wechselwirkung.

In der klinischen Praxis ist der Beginn einer Therapie geprägt vom Aufbau einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung und der Diagnostik. Ersteres stellt

eine wichtige Voraussetzung für die erfolgreiche Diagnostik und Therapie dar, da Betroffene gewöhnlich dazu neigen, die Symptomatik zu verheimlichen und zu verbergen.

In der Diagnostikphase, der Verhaltensanalyse, werden durch Anamnese, Verhaltensbeobachtung und –protokollierung und durch Verhaltensexperimente Zwangssymptome mit ihren jeweiligen Auslösebedingungen und der ausgelösten Anspannung erfaßt und in eine hierarchische Ordnung gebracht. Sie stellt die spätere Grundlage für die Reizkonfrontation dar.

Gleichzeitig zielt in dieser Phase die kognitive Therapie auf die Erarbeitung eines funktionalen Krankheitsmodells ab. Allgemeine Krankheitsmodelle, wie die von Mowrer und Salkovskis, werden dabei vermittelt und individuell angepasst. Die Verhaltensanalyse ermöglicht die Neubewertung mit dem Zwang verbundener Vorstellungen. Über diesen letztlich rationalen Zugang ist den Betroffenen die Verhaltensänderung möglich.

Es schließt sich die eigentliche Behandlungsphase, die Phase der Reizkonfrontation mit Reaktionsverhinderung an. Das Prinzip besteht in der Provokation von Zwangssymptomatik durch Exposition in individuellen Reizsituationen. Die dabei entstehende Anspannung soll ohne eine Intervention ausgehalten werden, bis sie von selbst abklingt. Dieser Vorgang wird als Habituation bezeichnet. Ziel dieses Vorgehens ist das Erleben der Habituation als Beweis der Ungefährlichkeit und der Erträglichkeit der erlebten Situation. Es sollen alle mit Zwangssymptomatik verbundenen Situationen in die Exposition einbezogen werden. Je nach Stärke der Symptomatik, Belastbarkeit und Kooperativität des Patienten kann dabei schrittweise, nach der erstellten Hierarchie der Symptome, oder mit massierter Reizkonfrontation, der sogenannten Reizüberflutung (engl. „flooding“) vorgegangen werden. Die Reizüberflutung zielt auf eine maximale Reizintensität ab und stellt damit eine erhebliche Belastung dar. Mit ihr kann aber u. U. ein schnellerer Erfolg erreicht werden. Die Effektivität einer Reizüberflutung kann durch Sättigungseffekte bei der Reizpräsentation und durch eine Limitierung und Erschöpfung der provozierten Anspannungen aufgrund physiologischer Grenzen erklärt werden. Mit anderen Worten wird ausgenutzt, daß die Reaktion auf supramaximale Reizung gleich der auf maximale Reizung ist.

Die Reizkonfrontation insgesamt sollte solange erfolgen, bis Stabilität auf der Verhaltensebene erreicht ist, d.h. daß Handlungsabläufe zweckgerichtet ausge-

führt werden können, ohne daß auftretende Anspannungen das Handeln beeinflussen.

Für die Sicherung eines möglichst langanhaltenden Behandlungserfolges ist die Analyse der störungsauslösenden und besonders auch der störungsaufrechterhaltenden Bedingungen notwendig. Diese können in bestimmten familiären und sozialen Beziehungen, in der Lebens- und Arbeitsumwelt usw. liegen. Diese Bedingungsanalyse stellt den wesentlichen Inhalt der Kognitiven Therapie vor Abschluß der Behandlung dar.

In der Meta-Analyse von Abramowitz stellten sich kognitive Therapieansätze als vergleichbar effektiv wie Reizkonfrontation mit Reaktionsverhinderung dar. Letztlich wird für beide das Wirken über einen gemeinsamen Mechanismus angenommen. Gemeinsamkeiten bestehen ganz offensichtlich auch schon darin, daß Reizkonfrontationstherapie kognitive Elemente enthält und auch auf Änderung von Kognitionen abzielt. Die verhaltenstherapeutischen Methoden zeigten sich deutlich effektiver als Kontrollbedingungen, wie z.B. die Behandlung mit Progressiver Muskelrelaxation.

1.5.3 Kombination von Pharmakotherapie und Kognitiver Verhaltenstherapie

Ein Vorteil der Kombination von Pharmakotherapie und Verhaltenstherapie wird von verschiedenen Autoren vermutet, ist aber mit der Meta-Analyse von Abramowitz nicht nachzuweisen. Follow-up-Studien belegen langfristig stabilere Erfolge bei Patienten, die aktive Bewältigungsstrategien erlernt haben, als bei solchen, die lediglich ein Medikament langfristig einnehmen (z.B.: Kordon et al. 2005).

1.6 Vorhersage des Therapieerfolges

Für die Beurteilung einer Behandlungsmethode muß eine Bewertung auf unterschiedlichen Ebenen erfolgen. Zu beantworten sind die Fragen: Kann die Behandlung einen gewünschten Effekt bewirken? Ist der Effekt der Behandlung ausreichend? Steht der Aufwand in einer vertretbaren Relation zum Nutzen?

Die Wirksamkeit („efficacy“) der beschriebenen Behandlungsstrategien für die Zwangsstörung, serotonerge Pharmakotherapie bzw. Verhaltenstherapie, ist hinreichend bewiesen. Es folgen die Fragen nach der Effizienz („efficiency“) der gewählten Behandlungsmethoden und nach der Ökonomie oder dem Nutzen

(„cost effectiveness“) der Behandlung. Die Frage nach Erfolgsprädiktoren der Behandlung steht im Zusammenhang mit der Effizienz: Kann die angewandte Therapie für alle Formen der Zwangsstörung bzw. für alle Betroffenen das Erwartete leisten bzw. gibt es Einschränkungen? Zeigt sich die Notwendigkeit, die Therapieansätze weiter zu differenzieren, Indikationen einzugrenzen?

Foa et al. berichten in einem Literatur-Review (in: Swinson et al. 1998) über die inkonsistente Befundlage für die Prädiktion des Behandlungserfolges durch Depression und globalen Schweregrad der Zwangsstörung zu Beginn der Therapie. Ein schlechterer Therapieerfolg könne durch schwerere spezifische Symptome der Zwangsstörung angezeigt werden. Dazu gehörten Vermeidungsverhalten, Rituale und Zwangsgedanken. Das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung scheint dage-

Tab. 1.1: Mögliche Outcome-Prädiktoren bei Verhaltenstherapie von Zwangsstörungen

Studie	Prädiktoren
Keijsers, 1994 VT; n=40	neg. für Zwangshandlungen: größere Symptomschwere, Depression neg. für Zwangsgedanken: größere Symptomschwere, Conjoint-Variablen Depression, Krankheitsdauer, schlechterer Motivation, Unzufriedenheit mit Therapeuten
De Araujo, 1996 2 Formen der Expositionsbehandlung; n=46	bester Prädiktor: frühe Compliance (Hausaufgaben), schwächerer Prädiktor: gute Angstreduktion in der Sitzung in den Behandlungswochen 0-4 (initiales Ansprechen auf die Therapie)
de Haan, 1997 KVT vs. KVT + SRI n=99, n=61 bei follow-up	keine Wirksamkeitsunterschiede der Treatments, einige Vpn erst im Follow-up Responder; Prädiktoren: Symptomschwere, Motivation; post-Werte prädiz. Follow-up-Werte; Zeiteffekte (Therapie- bzw. auch Katamnesedauern);
Mataix-Cols, 2002 VT, computer- vs. therapeutengeleitet; n=153	Früherer Drop-out bzw. schlechteres Outcome bei Horten und Sammeln; prä-Werte als bester Outcome-Prädiktor; nach Ktr. für Symptomschwere tendentiell schlechteres Outcome für sexuelle u. religiöse Zwänge, bes. bei computergeführter VT
Piacentini, 2002 KVT bei Kindern; n=42	neg. Prädiktoren: Symptomschwere, Grad der Lernbehinderung
Alonso, 2001 SRI vs. SRI+VT; n=60	neg. Prädiktor: sexuelle oder religiöse Zwänge
Stewart, 2004 Meta-Analyse: Langzeitbeob. pädiatr. ZS	größere Persistenz der Störung: früher Beginn, längere Krht.-dauer, stat. vs. amb. Therapie; ungünstig: zusätzl. psychiatr. Erkr. und geringer initialer Therapieerfolg
Steketee, 1999 Prospektive Follow-up-Studie; n=100	Verlaufsprädiktoren: globale Symptomschwere und Familienstand (verh.)
Chinchilla Moreno, 1995 naturalist. Design, follow-up; n=42	SSRI-Beh. und schleichender Krankheitsbeginn als pos. Prädiktoren

VT – Verhaltenstherapie; KVT – kognitive Verhaltenstherapie; ZS – Zwangsstörung; SRI – serotonine reuptake inhibitors

gen nicht von vornherein einen schlechteren Behandlungserfolg anzuzeigen (Dreessen und Arntz 1997, 1998).

Ebenfalls bei Swinson berichten van Balkom und van Dyck über Prädiktoren bei Kombinationsbehandlung aus Expositionsbehandlung und Pharmakotherapie mit SRI. Fünf Studien werden ausgewertet. Im Ergebnis scheint eine schnellere Besserung unter einer Kombinationstherapie gegenüber Expositionsbehandlung einzutreten, der langfristige Therapieerfolg scheint sich aber nicht zu unterscheiden.

In vielen Studien wird die Frage nach Prädiktoren des Behandlungserfolges am Rande gestellt, während andere Fragestellungen im Mittelpunkt stehen. Die weitaus meisten davon beschäftigen sich mit der Pharmakotherapie der Zwangsstörung. Wie bereits erwähnt, geht es dabei v. a. um serotonerge Medikamente. Nur sehr wenige Informationen liegen über Prädiktoren des Therapieerfolges von Psychotherapie, speziell KVT vor. Untersuchungen, die KVT als Treatment-Bedingung einschließen, koppeln diese häufig mit Pharmakotherapie. In Tabelle 1.1 sind Studien angeführt, die Aussagen zu Prädiktoren des Therapieerfolges machten und Verhaltenstherapie bzw. deren Kombination mit Pharmakotherapie als Treatmentbedingung einschlossen. Die möglichen Prädiktoren für den Behandlungserfolg sind aus Gründen der Übersichtlichkeit in stark verkürzter Form wiedergegeben. Schließt man die zahlreichen hier nicht wiedergegebenen Studien ein, die sich ausschließlich mit der Pharmakotherapie beschäftigen, so prädiszieren möglicherweise früherer Krankheitsbeginn, längere Krankheitsdauer, größere Symptomschwere, größere Komorbidität und bestimmte Symptomdimensionen der Zwangsstörung, wie religiöse und sexuelle Zwänge sowie Hort- und Sammelzwänge, aber auch Depressivität ein schlechteres Outcome.

Kritisch anzumerken ist, daß die meisten der durchgeführten Studien nicht unmittelbar auf die Ermittlung von solchen Vorhersagegrößen ausgerichtet waren, sondern andere Zielstellungen, z.B. den Wirksamkeitsnachweis bestimmter Medikamente, verfolgten. Man kann davon ausgehen, daß für die Rekrutierung der jeweiligen Versuchspersonen Ein- und Ausschlußkriterien formuliert wurden. Die so gewonnenen Populationen unterscheiden sich in ihrer „Reinheit“ von klinischen Stichproben. Die Vergleichbarkeit ist eingeschränkt. Beispielsweise könnte die Beobachtung von Komorbidität als Einflußfaktor unterschiedliche Ergebnisse liefern. Ein weiterer Aspekt ist, daß solche Untersuchungen die therapeutische Praxis nur bedingt wiedergeben. Die Frage, was zumeist bereits als wirksam an-

gesehene Behandlungsformen im Alltag tatsächlich bewirken, wird ausgeklammert. Demzufolge sind auch ermittelte Prädiktoren nur gültig für die jeweilige standardisierte Behandlung in der Studie.

Praxisnahe Aussagen über Prädiktoren des Therapieerfolges lassen sich an klinischen Stichproben gewinnen. Dazu soll die vorliegende Arbeit einen Beitrag leisten.

2 Persönlichkeitstheorien in der klinischen Praxis

Die Persönlichkeitspsychologie beschäftigt sich mit grundlegenden Fragen: Wer sind wir? Worin unterscheiden wir uns? – Gegenstand der Betrachtung sind Persönlichkeitseigenschaften, ihre Entwicklung, ihr Wechselwirken. Eine genaue Eingrenzung scheint kaum möglich. Sehr unterschiedliche Herangehensweisen und Theorien sind anzutreffen.

In diesem Kapitel soll nicht der Versuch unternommen werden, das Spektrum der Persönlichkeitspsychologie darzustellen. Vielmehr wird ein klinisch relevanter Ausschnitt anhand zweier etablierter Meßinstrumente und der ihnen zugrundeliegenden Theorien kurz dargestellt.

Persönlichkeitsmeßinstrumente entstammen der differentiellen Psychologie, die versucht, Persönlichkeitseigenschaften, die zur Differenzierung von Persönlichkeit dienen können, empirisch zu erfassen. Solche Persönlichkeitseigenschaften werden auch als Traits (s. u.) bezeichnet. Persönlichkeitsmeßinstrumente werden vielfältig eingesetzt, beispielsweise bei einer Vielzahl von Eignungsuntersuchungen. In der klinischen Praxis stellen sie Hilfsmittel dar, um ein umfassendes, möglichst objektives Bild der Eigenschaften des Untersuchten zu erhalten. Die Ergebnisse aus Persönlichkeitsuntersuchungen dienen dabei einer Vervollständigung des Bildes und sind in der Regel nicht geeignet, klinische Diagnosen zu stellen. Für die exakte klinische Beurteilung müssen weitere Kriterien zur Urteilsbildung herangezogen werden. Dies erklärt sich daraus, daß die meisten Persönlichkeitsmeßinstrumente dimensionale Maße erfassen, die gebräuchlichen Diagnosemanuale, ICD-10 und DSM-IV, aber auf kategorialen Diagnosekriterien basieren.

2.1 Persönlichkeitstheorien als Trait-Theorien

Der Mensch erkennt sich selbst, Menschen erkennen einander. - Über die gewohnten äußerlichen Züge hinaus sind es Verhaltensweisen, Denken und Fühlen in individueller Ausprägung, die kennzeichnend für jedes Individuum sind. Unter diesen sind es die über lange Zeit und viele Situationen hinweg stabilen Muster, welche die Grundlage von Persönlichkeitstheorien bilden.

In der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts waren es die Verfechter sogenannter Trait-Theorien, die sich mit wissenschaftlichem Anspruch der Frage widmeten,

was im Kern die Persönlichkeit ausmacht. Die zentrale Annahme waren sogenannte Traits. Diese sind Charakteristika der Persönlichkeit, die sich in relativer Konstanz des Fühlens, Denkens und Handelns über die Zeit und verschiedene Situationen hinweg äußern. Sie eignen sich damit potentiell zur verallgemeinernden Darstellung, Voraussage und Erklärung von Verhalten.

Trait-Theorien stehen mit ihren Auffassungen, die Unterschiede beschreiben, den allgemeinen Persönlichkeitstheorien gegenüber, welche im Ansatz nomothetisch, d.h. das Gemeinsame beschreibend sind.

Es gibt keine allgemein anerkannte Definition, welche den Begriff eines Traits scharf umreißt: Allgemein bezeichnet man damit Größen, die zeit- und situationsstabil sind. Im Zusammenhang mit Persönlichkeitstheorien sind dies Grundbausteine der Persönlichkeit, die eine Disposition für bestimmtes Verhalten darstellen. Je nach Auffassung vom allgemeinen Persönlichkeitsbild können unterschiedliche Merkmalsqualitäten durch Traits beschrieben werden.

Um letztlich Verhalten zu erklären, muß der Disposition (Traits) die Situation gegenübergestellt werden. Die Situationsabhängigkeit von Verhalten wird durch sogenannte „States“ ausgedrückt.

In den 30er Jahren des 20. Jahrhunderts begründete Gordon W. Allport mit der Differenzierung von Persönlichkeitsdeskriptoren in „Traits“, „States“ und „Activities“ ein neues Denken. Er versuchte eine hierarchisierende Einteilung von Traits je nach dem Grade ihrer Generalisierbarkeit. So würden „cardinal traits“ die größte Prägnanz im Verhalten haben und eine Person in nahezu allen Situationen kenntlich machen. Sog. „central traits“ deckten eine geringere Zahl an Situationen ab. Als schwächste, wenn auch noch deutlich wahrnehmbare Neigungen zu bestimmten Verhaltensweisen definierte er sog. „secondary traits“. Sein maßgebliches Verdienst ist die Begründung des Trait-Konzeptes zur Darstellung der Konsistenz von Verhalten. Dem gegenüber stellte er die Wahrnehmung der Situation zur Erklärung der Variabilität von Verhalten.

Andere Wissenschaftler erstellten spezifische und stärker wissenschaftlich unterlegte Trait-Konzepte.

Unmöglich ist es, von den Erfolgen der Trait-Forschung zu sprechen, ohne den Namen Hans Jürgen Eysenck zu erwähnen. Die Arbeit des 1916 geborenen Deutschen entwickelte sich unter dem Einfluß der Typologien von Jung und Kretsch-

mer, der Forschung zur Vererbung von Cyril Burt, der experimentellen Arbeit Pawlovs zur klassischen Konditionierung u. a. m.. Zu diesen Einflüssen gesellte sich die aufblühende statistische Methode der Faktoren-Analyse (vgl.: Pervin und John 2000).

Sein Bemühen um methodische Klarheit, die Schaffung geeigneter Maße für Traits und die Möglichkeit ihrer Klassifikation wurde wohl nicht zuletzt aus einer kritischen Haltung gegenüber der psychoanalytischen Theorie gespeist. Hat letztere das Postulat des Unbewußten und seiner Triebe zum Inhalt, so versucht die Eysencksche Theorie, auf mathematische Weise verhaltensbeschreibende Items zu gruppieren. Co-variiierende Beschreibungen werden einander zugeordnet, während statistisch voneinander unabhängige Items voneinander unterschieden werden. Diese Gruppen von Deskriptoren stellen die Faktoren dar, die wiederum in statistisch ermittelte Gruppen zusammengefaßt sog. „Super-Faktoren“ bilden: „Neurotizismus“, „Extraversion“ und - später als dritte hinzugekommen - „Psychotizismus“. Mit Hilfe dieser Dimensionen versuchte Eysenck, neurotische Störungen, Psychopathie und auch die Normalpersönlichkeit zu typisieren. Abbildung 2 zeigt die Einordnung verschiedener Probandengruppen in den Dimensionen Extraversion und Neurotizismus.

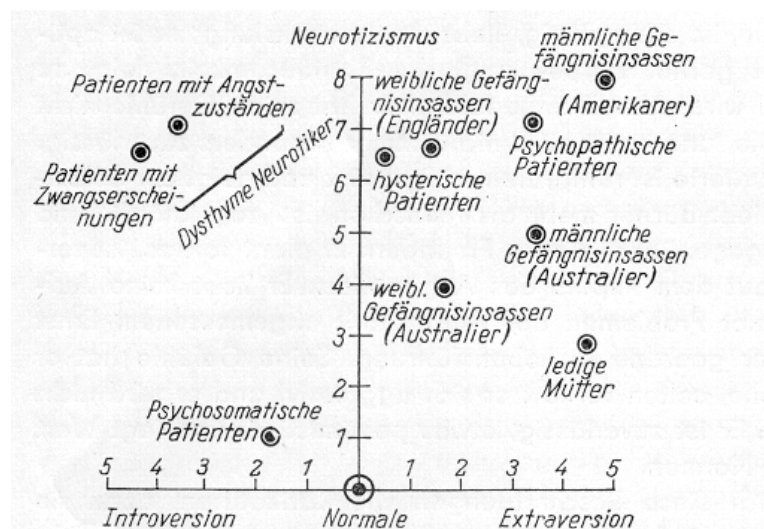


Abb. 2: Die Lage verschiedener Gruppen von Neurotikern und Rechtsverletzern in den Dimensionen Extraversion und Neurotizismus (aus: Eysenck und Rachman 1970)

Eysenck leitete Hypothesen über neurophysiologische Grundlagen seiner Super-Traits ab, z. T. mit Schlußfolgerungen über Art und Möglichkeit der Behandlung

von neurotischen Störungen. Dabei berücksichtigte er Aspekte der Lernfähigkeit ebenso wie mögliche Medikamentenwirkungen.

2.2 Das Fünf-Faktoren-Modell der Persönlichkeit

Wieviele Eigenschaften kann Persönlichkeit haben und welche? Zu wie vielen Basisdimensionen lassen sich diese zusammenfassen?

Seit den 80er Jahren gibt es einen breiten Konsens darüber, daß eine Gruppierung von Traits in fünf grundlegende Dimensionen oder Faktoren sinnvoll erscheint. Diese sind als „Big Five“ bekannt geworden.

Die Gewinnung solcher Faktoren als Gruppierungen von Merkmalen geht auf den sogenannten psycho-lexikalischen Ansatz zurück. Dessen Grundidee ist die Sedi-mentationshypothese von Ludwig Klages (1926) und Raymond B. Cattell (1943) (vgl.: Borkenau und Ostendorf 1993). Sie geht von der Annahme aus, daß die sich natürlich entwickelnde menschliche Sprache Kodierungen für jede differenzierbare Verhaltens- und Persönlichkeitsbeschreibung in Form eindeutiger Begriffe enthält. Solche wurden aus Wörterbüchern gesammelt und in Fragebögen zur Persönlichkeitsbeschreibung verwendet. Es ließen sich synonym verwendete Deskriptoren eliminieren und damit Redundanzen ausräumen. Von den verbleibenden wurden gleichsinnig verwendete Deskriptoren gruppiert und bildeten damit sogenannte Traits. Diese Traits wiederum ließen sich in Basisdimensionen zusammenfassen, ähnlich wie dies auch Eysenck mit seinen Super-Faktoren tat.

Die Annahme einer Fünf-Faktoren-Lösung für die Basisdimensionen der Persönlichkeit stützt sich auf eine Vielzahl von faktorenanalytischen Untersuchungen über Sprach- und Kulturgrenzen hinweg. Es existieren dazu mehrere Übersichtsarbeiten (z.B. Digman 1990, vgl.: Borkenau und Ostendorf 1993).

2.2.1 Das NEO-Fünf-Faktoren-Inventar

Eines der bekanntesten Persönlichkeitsmeßinstrumente, die auf dem Fünf-Faktoren-Modell (FFM) aufbauen, ist das NEO-Five-Factor Inventory (NEO-FFI) von Costa und McCrae. Sein Vorläufer, das NEO-Personality Inventory (NEO-PI) basierte noch auf drei Faktoren und erschien 1986. Seit 1989 steht das NEO-FFI zur Verfügung, das Anfang der 90er Jahre einer Revision unterzogen wurde. Es existieren validierte Fassungen in vielen Sprachen; die deutsche Version wurde von Borkenau und Ostendorf 1993 herausgegeben (s. Abschn. 5.2.1).

Das NEO-FFI dient der differenzierenden Beschreibung der Persönlichkeit. Die einzelnen Dimensionen des NEO-FFI sind Neurotizismus (N), Extraversion (E), Offenheit (O), Verträglichkeit (V) und Gewissenhaftigkeit (G). Beschreibungen der Merkmalsbereiche enthält Tab. 2.1. Es existiert neben der Selbstbeurteilungsversion auch eine Fremdbeurteilungsversion.

Tab. 2.1 Beschreibung der Faktoren des NEO-FFI (nach Borkenau und Ostendorf 1993)

Faktor	hohe Werte
N	nervös, ängstlich, traurig, unsicher und Verlegen, Sorgen um Gesundheit, unrealistische Ideen, weniger Kontrolle über Bedürfnisse, weniger angemessene Reaktion auf Stresssituationen
E	gesellig, aktiv, gesprächig, personenorientiert, herzlich, optimistisch, heiter; Anregungen und Aufregung mögend
O	hohe Wertschätzung für neue Erfahrungen, Abwechslung liebend, wißbegierig, kreativ, phantasievoll, unabhängig im Urteil, vielfältige Interessen, Interesse für öffentliche Ereignisse
V	altruistisch, mitfühlend, verständnisvoll, wohlwollend, Neigung zu Vertrauen, Kooperativität und Nachgiebigkeit, harmoniebedürftig
G	ordentlich, zuverlässig, hart arbeitend, diszipliniert, pünktlich, penibel, ehrgeizig, systematisch

Die Persönlichkeitsbeschreibung erfolgt mit dimensional Merkmalen. Einzelne Merkmale besitzen dabei allein nur eine begrenzte Aussagekraft und keine Spezifität. Je nach Fragestellung ist die Betrachtung der individuellen Merkmalskombination entscheidend. Beispielsweise konnten in Fünf-Faktoren-Modellen Extremwerte in Neurotizismus bei einem Teil von Probanden in Zusammenhang mit einer diagnostizierten Persönlichkeitsstörung gebracht werden, bei anderen dagegen lag keine psychische Störung vor. - Es besteht keine diagnostische Spezifität für eine einzelne Dimension.

Der Umstand, daß das NEO-FFI nicht für eine klassifizierende Diagnostik entwickelt wurde, war und ist Anlaß zu kritischer Abwägung seines Nutzens in der klinischen Praxis (vgl.: Costa und McCrae 1992a, Costa und McCrae 1992b, Ben-Porath 1992). Es kann allein als Diagnostikum nicht herangezogen werden, wohl aber die Ergebnisse anderer Untersuchungen sinnvoll ergänzen.

2.3 Ein psychobiologisches Modell der Persönlichkeit und das TCI

Am Ausgangspunkt der Entwicklung von C. Robert Cloningers Temperament and Character Inventory (TCI; Cloninger et al. 1994) existierten bereits Theorien und

Meßinstrumente zur Beschreibung von Persönlichkeit und es gab ferner feste Kriterien für die Diagnose von Persönlichkeitsstörungen. Unzureichend waren (und sind) dagegen die Möglichkeiten, mit den vorhandenen Persönlichkeitsmeßinstrumenten das Vorliegen von Persönlichkeitsstörungen zu diagnostizieren. Weder die Entscheidung, ob eine Persönlichkeitsstörung überhaupt vorliegt, noch die Differenzierung zwischen den einzelnen Persönlichkeitsstörungen gelang mit der Erhebung dimensionaler Maße ausreichend gut. Ein Beispiel für die unbefriedigende Situation ist, daß der Vorgänger des TCI, das Tridimensional Personality Questionnaire (TPQ), zwischen einigen, aber nicht allen Persönlichkeitsstörungen nach DSM zu differenzieren vermochte. Das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung überhaupt war jedoch aus den Testwerten nicht abzuleiten.

Mit der Entwicklung des TCI war die diagnostische Vision verbunden, das Vorliegen und die genaue Identifizierung von Persönlichkeitsstörungen möglich zu machen und so zu objektiveren Diagnosen zu gelangen.

2.3.1 Das psychobiologische Modell Cloningers

Eine Grundannahme in Cloningers Modell ist, daß die phänotypische Persönlichkeitsstruktur von der zugrunde liegenden biologischen bzw. genetischen Struktur abweicht, weil beobachtbare Verhaltensweisen ein Produkt aus biologisch determiniertem und von Umwelteinflüssen, der Lernerfahrung geprägtem Verhalten darstellt. Diese Unterteilung in eher biologisch determinierte und eher erfahrungsbasierte Lernvorgänge untermauert Cloninger mit neurobiologischen und neuropsychologischen Befunden.

Bei der Einteilung der Faktoren des TCI in Temperaments- und Charakterfaktoren folgte Cloninger bekannten Gedächtniskonzepten. An Primaten sind zwei Typen des Gedächtnisses erforscht: deklaratives oder konzeptuelles Gedächtnis (bewußt, explizit) und prozedurales oder perzeptuelles Gedächtnis (unbewußt, implizit). Für jedes der beiden konnten funktionell involvierte Hirnstrukturen ausgemacht werden. Konzeptuelle Information wird verarbeitet und gespeichert in einem cortico-limbo-diencephalen System. Dazu gehören sensorische Kortexareale höherer Ordnung, entorhinaler Cortex, Amygdala, Hippocampusformation, mediale Thalamuskern, ventromedialer präfrontaler Cortex und das basale Vorderhirn.

Perzeptuelle Information dagegen ist in einem cortico-striatalen System gespeichert, welches sensorische Kortexareale, den Nucleus caudatus und das Putamen einschließt.

Die Lernvorgänge in den beiden Systemen bauen aufeinander auf. Die Reaktionsmuster der früheren, perzeptuellen Lernvorgänge sind in hohem Maße von erblich festgelegter, emotionaler Prädisposition abhängig, die späteren, konzeptionellen jedoch von der Lernerfahrung selbst bestimmt. Die frühen Lernprozesse stehen im Zusammenhang mit Temperamentsfaktoren, die stärker erblich determiniert und relativ stabil sind, während die späteren mit Charakterfaktoren verbunden sind, die einer längeren Entwicklung unterliegen. Diese verläuft von der Kindheit bis ins Erwachsenenalter als multimodale schrittweise Reifung, also nicht linear und nicht eindimensional.

Die Differenzierung der Temperamentsfaktoren unterlegt Cloninger mit evolutionsbiologischen Theorien. Die Struktur aus drei Faktoren, wie sie das TPQ beinhaltet, leitete er aus genetischen Studien über Persönlichkeit und neurobiologischen Studien zur funktionellen Organisation neuronaler Netzwerke zur Regulation von Lernvorgängen durch klassische und operante Konditionierung ab. Dabei postulierte er für die drei Dimensionen, daß sie Ausdruck dreier unterschiedlicher neuronaler Regulationssysteme seien, die phylogenetisch unterschiedlich alt sind und für die das Vorherrschen bestimmter Neurotransmitter charakteristisch sei. Der phylogenetisch älteste Teil ist ein System zur Verhaltensinhibition, welches der Schadensvermeidung dient. Der in diesem System dominierende Transmitter sei Serotonin. Später habe sich ein verhaltensaktivierendes System entwickelt, dessen Ausdruck die Dimension Neugierverhalten ist und in welchem Dopamin als Neurotransmitter eine wesentliche Rolle spielt. Schließlich kam es zur Ausbildung eines verhaltenaufrechterhaltenden Systems, vertreten durch die Dimension Belohnungsabhängigkeit, welches eng mit Noradrenalin als Neurotransmitter verbunden ist (vgl. Svrakic et al. 1996, Richter et al. 1997, Cloninger et al. 1993).

Im Vergleich zeigt das klassische Fünf-Faktoren-Modell der Persönlichkeit keine Unterscheidung zwischen konzeptuellem und perzeptuellem Lernen bzw. Wissen. Neben der Trennung biologisch festgeschriebener Verhaltensdispositionen von erworbenen war auch die Identifizierung biologischer Persönlichkeitsfaktoren ein angestrebtes Ziel Cloningers. Frühere Untersuchungen am Fünf-Faktoren-Modell hatten bereits gezeigt, daß bei Veränderung biologischer Determinanten, z.B. bei Messungen unter dem Einfluß von Benzodiazepinen oder Alkohol, sich Kovarianz

mehrerer Faktoren im FFM zeigte. Es erfolgte also keine Trennung biologischer Persönlichkeitsfaktoren voneinander.

2.3.2 Das Temperament- und Charakter-Inventar

Im Modell Cloningers beinhalten die Temperamentsdimensionen automatische, präkonzeptuelle und perzeptuelle Informationen. Die Temperamentsdimensionen wurden als individuelle Unterschiede im assoziativen Lernen in Reaktion auf Gefahr (Schadensvermeidung, SV), Neues (Neugierverhalten, NV), Belohnung und Bestrafung (Belohnungsabhängigkeit, BA) definiert. Diese drei stellen auch die Faktoren des TPQ dar.

Im TCI wurde eine vierte Temperamentsvariable etabliert, die vormals als Teil der Belohnungsabhängigkeit angesehen wurde. Das Beharrungsvermögen (BV) als Fähigkeit, ein Verhalten trotz fortdauernder Frustration oder Ermüdung fortzusetzen, stellte sich als eigenständiger Faktor dar. Dieser vierte Faktor wurde im Gegensatz zu der bis dahin angenommenen Struktur aus drei Faktoren statistisch durch Faktorenanalyse gewonnen.

Gegenüber den Temperamentsfaktoren beinhalten die drei Charakterdimensionen des TCI Informationen aus dem konzeptuellen Lernen. Die Wahrnehmung der Selbststeuerung (Selbstlenkungsfähigkeit, SL), die Wahrnehmung des Selbst als Teil eines sozialen Gefüges (Kooperativität, K) und die Wahrnehmung des Selbst als Teil der Welt (Selbsttranszendenz, ST) werden als unabhängige verhaltensrelevante Dimensionen eines Selbstkonzeptes erfaßt.

Beschreibende Eigenschaften für die Temperaments- und Charakterdimensionen sind in Tab. 2.2. aufgeführt.

Von besonderer Bedeutung für die Diagnose von Persönlichkeitsstörungen scheint der Faktor Selbstlenkungsfähigkeit zu sein. Er beinhaltet die Fähigkeit, persönliche Wertvorstellungen und Ziele zu entwickeln und Anstrengungen zu deren Erreichung auf sich zu nehmen, sich verantwortlich zu fühlen, Initiative bei der Lösung von Problemen zu zeigen und sich selbst mit seinen Grenzen und Fehlern zu akzeptieren. Demgegenüber neigen Personen mit niedriger Selbstlenkungsfähigkeit eher zur Passivität, reagieren mehr als sie agieren, haben ein schwächeres Selbstwertgefühl, neigen dazu, andere oder die Umstände für Probleme verantwortlich zu machen.

Eine schwach ausgeprägte Selbstlenkungsfähigkeit ist ein Charakteristikum aller Persönlichkeitsstörungen. Unabhängig von anderen Persönlichkeitsmerkmalen

Tab. 2.2 Beschreibende Eigenschaften für die Temperaments- und Charakterskalen (nach Cloninger et al. 1999)

	hohe Werte	niedrige Werte
SV	besorgt & pessimistisch; ängstlich & zweifelnd; schüchtern; leicht ermüdbar	entspannt & optimistisch; unerschrocken & zuversichtlich; mitteilsam; vital
NV	erforschend & neugierig; impulsiv; über-spannt & begeistert; unordentlich	gleichgültig & nachdenklich; bescheiden & abgesondert; ordentlich & organisiert
BA	empfindsam & warm; hingebungsvoll & zugewandt; abhängig	zweckorientiert & kalt; zurückgezogen & abgesondert; unabhängig
BV	arbeitsam & fleißig; hart arbeitend; ehrgeizig & Leistungsorientiert; beharrlich und perfektionistisch	inaktiv & träge; gibt schnell auf; anspruchslos & nicht leistungsorientiert; aufgebend & pragmatisch
SL	reif & robust; verantwortlich & verlässlich; entschlossen; einfallsreich & effektiv; sich selbst akzeptierend; Gewohnheiten im Einklang mit überdauernden Zielen	unreif & zerbrechlich; Verantwortung abweisend & unzuverlässig; unentschlossen; schwerfällig & ineffektiv; sich selbst bekämpfend; Gewohnheiten entgegen überdauernden Zielen
K	sozial tolerant; einfühlend; hilfsbereit; mitleidsvoll & aufbauend; ethisch & prinzipienfest	sozial intolerant; kritisch; nicht hilfsbereit; rachsüchtig & destruktiv; ohne feste Grundsätze
ST	erfahren & geduldig; kreativ & selbstvergessend; verbunden mit dem Universum	verständnislos; phantasielos & selbstbewußt; stolz & Fehlen von Demut

kann bei niedriger Selbstlenkungsfähigkeit der Verdacht auf das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung geäußert werden und umgekehrt.

Als zweiter Faktor des Charakters unterstützt Kooperativität die Diagnose von Persönlichkeitsstörungen. Hohe Kooperativität beinhaltet eine bedingungslose Akzeptanz anderer ohne das Streben nach Dominanz, ferner Hilfsbereitschaft, Freundlichkeit, die Fähigkeit zu vergeben und Gefühle brüderlicher Liebe zu entwickeln. Typischerweise sind bei allen Persönlichkeitsstörungen eher niedrige Werte für Kooperativität anzutreffen. Die betreffenden Personen erscheinen so als eher intolerant, desinteressiert, wenig hilfsbereit und rachsüchtig. Ähnlich wie bei der Selbstlenkungsfähigkeit kann bei niedrigen Scores in Kooperativität der Verdacht auf eine Persönlichkeitsstörung geäußert werden.

Die dritte Charakterdimension, Selbsttranszendenz, beinhaltet Spiritualität als Wahrnehmung des Selbst als Teil eines universellen Ganzen. Es gibt Hinweise aus Bevölkerungsstudien, daß eine hohe Spiritualität mit einer größeren Lebenszufriedenheit verbunden ist. Für die Diagnose von Persönlichkeitsstörungen oder deren Differenzierung spielt sie eine untergeordnete Rolle.

Zusammenfassend sind also die Charakterdimensionen des TCI hilfreich in der Diagnose von Persönlichkeitsstörungen, während die Temperamentsvariablen

eher geeignet sind, Dispositionen für bestimmte neurotische Störungen anzuzeigen. Für letztere nennt Cloninger als Beispiele Angststörungen – zu denen nach DSM auch die Zwangsstörung gehört - und somatoforme Störungen (vgl.: Cloninger et al. 1993).

Eine validierte und normierte deutsche Version des TCI von Richter et al. liegt seit 1999 vor.

3 Zwangsstörung, Persönlichkeitseigenschaften und Persönlichkeitsstörungen

Die Untersuchung von Persönlichkeitseigenschaften bei Patienten mit neurotischen Störungen hat für eine Reihe von Fragen Bedeutung. Neben der Unterstützung der klinischen Diagnose von Persönlichkeitsstörungen sind dies vor allem Fragen nach Zusammenhängen von Persönlichkeitseigenschaften und Erfolg einer Psychotherapie. Dabei wären ein Einfluß von Persönlichkeit auf die Qualität und Wirksamkeit therapeutischer Beziehungen, Kooperation in einem bestimmten therapeutischen Regime, Aufbau von Motivation und Initiative in der Überwindung von Schwierigkeiten nur einige Aspekte. Fragen nach dem Dispositionscharakter von Persönlichkeitseigenschaften sind ein weiteres Forschungsfeld.

Historisch ist für die Zwangsstörung die Betrachtung des Zusammenhanges mit zwanghaften Persönlichkeitszügen von besonderer Bedeutung. Großen Einfluß hatte hier insbesondere Freuds Theorie vom „analen Charakter“, gekennzeichnet durch die Trias Ordnungsliebe, Eigensinn und Sparsamkeit. In der analytischen Theorie herrschte lange Zeit die Auffassung, daß sich die Zwangsstörung auf dem Boden dieser Persönlichkeitsmerkmale entwickle.

Der Versuch, Prädispositionen in bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen zu identifizieren, ist allerdings auch mit prinzipiellen Fragen und Schwierigkeiten verbunden. Im Falle der Zwangsstörung erschweren der frühe Beginn und der chronische Verlauf eine Trennung der Symptomebene von der Ebene der Persönlichkeit. Bei Ausbruch der Störung in der Adoleszenz erfolgt dies in einem Alter, in welchem Persönlichkeit wesentlich geprägt wird. Es eröffnet sich die Frage, ob die Persönlichkeitsentwicklung nicht ebenso von der ausbrechenden Zwangsstörung beeinflusst wird. In der wissenschaftlichen Literatur finden sich Befunde, die solche Annahmen stützen (z.B. Rodrigues Torres und Del Porto 1995). Die Zuordnung einzelner Phänomene zu einer der beiden Ebenen ist letztlich nicht eindeutig möglich. Speziell eine subklinische Symptomatik kann von Trait-Merkmalen kaum unterschieden werden. Es ließe sich die Frage formulieren, ob mit der Zwangsstörung assoziierte Persönlichkeitseigenschaften ihrer Natur nach *prämorbid* sind. Es ist weiterhin bekannt, daß die aktuelle Befindlichkeit die Messungen mit Trait-Skalen beeinflusst. Eine der bekanntesten und am besten belegten Ein-

flußgrößen ist Depressivität. In der wissenschaftlichen Literatur wird für eine solche Überlagerung häufig der Begriff des „state-trait confounding“ verwendet. Prospektive Studien, welche Persönlichkeitseigenschaften vor Ausbruch einer Zwangsstörung erfassen, fehlen (vgl.: Summerfeldt et al. in: Swinson et al. 1998). Über die Assoziation mit der Zwangsstörung hinaus können Persönlichkeitseigenschaften bei extremer Ausprägung Bedeutung als (komorbide) Persönlichkeitsstörung erlangen.

Möglicherweise tragen Erkenntnisse über Persönlichkeitseigenschaften zur Differenzierung des Störungsbildes der Zwangsstörung bei. Eine weitere Möglichkeit liegt in der differenzierteren Gestaltung des therapeutischen Vorgehens in Abhängigkeit von bestimmten Persönlichkeitseigenschaften, z. B. der Gewichtung ein-sichtsbasierter kognitiver Anteile einer Psychotherapie gegenüber den konditionierenden verhaltenstherapeutischen oder psychopharmakologischen Interventionen.

Im Folgenden wird der Stand der Forschung über Zusammenhänge der Zwangsstörung mit Persönlichkeitseigenschaften bzw. Persönlichkeitsstörungen kurz dargestellt.

3.1 Komorbide Persönlichkeitsstörungen

Persönlichkeitsstörungen haben eine hohe Prävalenz unter Probanden mit Zwangsstörung. Die Häufigkeitsangaben variieren. In sehr vielen Veröffentlichungen wird das Vorliegen von Persönlichkeitsstörungen bei einem großen Anteil der Zwangskranken angenommen. Verschiedene Befunde stützen auch die Annahme, daß unterschiedliche Subtypen der Zwangsstörung ein unterschiedliches Risiko für eine komorbide Persönlichkeitsstörung haben. Bei Waschzwängen liege es beispielsweise höher als bei Kontrollzwängen (Horesh et al. 1997). Unterschiedliche Häufigkeitsangaben für komorbide Persönlichkeitsstörungen, die zwischen 1/3 und >4/5 (vgl. Summerfeldt et al. in: Swinson et al. 1998) der Fälle liegen, könnten sich damit auch aus der unterschiedlichen Zusammensetzung der Stichproben bzgl. der postulierten Subgruppen erklären. Eine Kontrolle für die einzelnen Subgruppen der Zwangsstörung findet sich nur bei einer Minderzahl der Studien. Es gibt Hinweise auf die Ausbildung von Persönlichkeitsstörungen, insbesondere wohl mit vermeidenden Mustern, als Folge der Zwangsstörung. Schwere bzw. Anzahl der Persönlichkeitsstörungen scheinen mit der Erkrankungsdauer

bei therapieresistenten Fällen im Zusammenhang zu stehen. Welchen Anteil an der Therapieresistenz angenommene vorbestehende Persönlichkeitsstörungen haben und wie groß der Anteil sekundär ausgeprägter Persönlichkeitsstörungen als Folge schwerer Zwangsstörungen ist, bleibt ungeklärt.

Die Vergleichbarkeit von Studien ist eingeschränkt, weil unterschiedliche Methoden zur Stellung der Diagnosen, sowohl der Zwangsstörung wie auch der Persönlichkeitsstörungen, angewandt wurden. Teilweise änderten sich auch Diagnosekriterien über die verschiedenen Versionen der Diagnosemanuale.

In einem Review der wissenschaftlichen Veröffentlichungen von 1986 bis 1997 fanden Summerfeldt et al. bei aller Heterogenität der Befunde eine charakteristische Häufung bestimmter Persönlichkeitsstörungen bei Patienten mit Zwangsstörung. Am häufigsten wurden die abhängige, die vermeidende, die histrionische, die schizotype und die zwanghafte Persönlichkeitsstörung diagnostiziert. Die vermeidende Persönlichkeitsstörung schien etwas häufiger, die zwanghafte etwas seltener zu sein als die anderen genannten. Insgesamt sind Persönlichkeitsstörungen aus dem Cluster C bevorzugt. Einen Überblick über die heterogene Datenlage vermittelt Tabelle 3.1.

Jüngere Befunde erbrachten keine neuen Erkenntnisse bezüglich der Häufigkeit der einzelnen Persönlichkeitsstörungen. (Anmerkung: Die Schizotype Störung wird in der ICD-10 den schizophrenieähnlichen Störungen, im DSM dagegen den Persönlichkeitsstörungen zugeordnet.)

Großes wissenschaftliches Interesse galt der Frage, in welchem Verhältnis Zwangsstörung und zwanghafte Persönlichkeitsstörung zueinander stehen. Die Annahme einer engen Verwandtschaft beider Störungen steht in der Tradition der Freudschen Theorie und zeigt ihren historisch großen Einfluß. Allerdings konnten wissenschaftliche Untersuchungen diese Theorie nicht erhärten. Auch bei einer im Vergleich zur Durchschnittspopulation erhöhten Prävalenz der zwanghaften Persönlichkeitsstörung unter Zwangspatienten bleibt deren Komorbidität heterogen. Die Angaben über die Häufigkeit der zwanghaften Persönlichkeitsstörung unter Zwangspatienten streuen sehr weit. Tenney et al. (2003) stellten für unterschiedliche Diagnosemethoden – klinische Diagnose vs. strukturiertes Interview bzw. Selbstauskunftsinstrument – unterschiedliche Häufigkeiten fest. In jedem Prozedere war die zwanghafte Persönlichkeitsstörung jedoch die häufigste. In dem Review von Summerfeldt et al. wird betont, daß sie nicht als die häufigste der ko-

Tab. 3.1: Komorbide Persönlichkeitsstörungen bei Patienten mit Zwangsstörung (zit. nach Summerfeldt et al., in: Swinson, 1998)

Studie	n	Method of OCD diagn.	Method of PD diagn.	% with any PD	% with >1 PD	% avoidant	% dependent	% schizotypal	% histrionic	% compulsive	% borderline
Baer et al. (1990)	96	DSM-III	SIDP	52	6	5	12	5	9	6	3
Baer et al. (1992)	55	Unclear	SIDP	60	27	25	24	9	7	16	9
Baer & Jenike (1992)	59	DSM-III	SIDP-R	-	-	-	-	-	-	25	-
Black et al. (1989)	21	SADS	PDQ	33	-	0	24	14	24	0	24
Black et al. (1993)	32	DSM-III-R	SIDP	88	-	22	50	19	9	28	19
Cassano et al. (1993)	31	DSM-III	PDE	55	39	32	16	10	6	17	16
Diaferia et al. (1997)	88	DIS-R	SIDP-R	-	-	23	28	3	28	31	8
Hermeshet al. (1987)	39	unclear	unclear	-	-	-	-	-	-	-	20
Jenike et al. (1986)	43	unclear	DSM-III	-	-	-	-	33	-	-	-
Joffe et al. (1988)	23	SADS-L	MCM-I	83	-	57	57	17	17	4	39
Mavissakalian et al. (1990)a	43	DSM-III	PDQ	53	30	30	19	16	26	2	5
Mavissakalian et al. (1990)b	51	DSM-III	PDQ	49	27	26	20	14	24	2	4
Mavissakalian et al. (1990)c	27	DSM-III	PDQ	56	33	30	26	15	26	4	4
Mavissakalian et al. (1993)	51	DSM-III	PDQ	50	28	26	20	14	24	2	4
Minichiello et al. (1987)	29	unclear	DSM-III	-	-	-	-	35	-	-	-
Rasmussen & Tsuang	44	DSM-III	DSM-III	-	-	-	5	-	9	55	-
Sanderson et al. (1994)	21	SCID-P	SCID-II	-	-	5	5	-	5	5	-
Sciuto et al. (1991)	30	DSM-III-R	SIDP-R	-	10	27	13	0	23	3	3
Stanley et al. (1990)	25	ADIS-R	SCID-II	48	-	12	4	8	12	28	0
Steketee (1990)	26	DSM-III-R	PDQ-R	50	42	27	39	35	31	4	12
Thomsen & Mikkelsen	47	unclear	SCID-II	68	42	23	17	4	4	17	6
Torres & Del Porto (1995)	40	DSM-III-R	SIDP-R	70	58	53	40	5	20	18	-

ADIS-R – Anxiety Disorders Interview – Revised, DIS-R – Diagnostic Interview Schedule – Revised, SADS – Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (SADS-L – Lifetime Version), SCID-P – Structured Clinical Interview for DSM-III-R Axis I Disorders, Patient Version, SCID-II – Structured Clinical Interview for DSM-III-R Axis II Disorders, SIDP – Structured Interview for the DSM-III Personality Disorders (SIDP-R – Revised), MCM-I – Millon Clinical Multiaxial Inventory, PDE – Personality Disorder Examination Assessing DSM-III Axis II Disorders, PDQ – Personality Diagnostic Questionnaire Assessing DSM-III Axis II Disorders (PDQ-R – Revised)

morbiden Persönlichkeitsstörungen anzusehen sei. Möglicherweise gibt es Unterschiede bezüglich der Subgruppen der Zwangsstörung. Einige Befunde stützen die Annahme, daß sie unter Zwangsstörungen mit Horten und Sammeln sowie Symmetriezwängen überproportional häufig ist (Baer 1994). In Verbindung mit einer Zwangsstörung scheint sie auch häufiger aufzutreten als mit einer Agoraphobie mit Panikstörung oder einer Major Depression (Diaferia et al. 1997).

In Ergänzung dieser Befunde zeigten auch Untersuchungen an Verwandten 1. Grades von Zwangspatienten widersprüchliche Ergebnisse. Black et al. (1993) fanden keine Unterschiede in der Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen gegenüber Kontrollen; Samuels et al. (2000) beschreiben für eine deutlich größere Stichprobe eine allgemein erhöhte Prävalenz für Persönlichkeitsstörungen, speziell auch für die zwanghafte Persönlichkeitsstörung.

Verglichen mit anderen Persönlichkeitsstörungen ließ sich bislang also nicht eindeutig belegen, daß die zwanghafte Persönlichkeitsstörung in herausragendem Zusammenhang mit der Zwangsstörung steht. Möglicherweise ist die Verbindung beider Störungen nur für eine Untergruppe der Zwangsstörungen relevant. Statistisch auffälliger ist das Zusammentreffen von Zwangsstörungen mit Cluster C-Persönlichkeitsstörungen allgemein. Dieses DSM-Cluster vereint Störungen, deren Grundmuster von Furcht und Ängstlichkeit geprägt ist. Neben der zwanghaften gehören dazu die vermeidende und die abhängige Persönlichkeitsstörung.

Natürlich interessiert die Frage nach komorbiden Persönlichkeitsstörungen nicht nur unter rein epidemiologischen Gesichtspunkten, sondern wegen möglicher Implikationen für die Therapie und unter prognostischem Aspekt. Auch hier liefert die wissenschaftliche Literatur sehr unterschiedliche Befunde.

Dreessen und Mitarbeiter (1998) stellen in einer Metanalyse über 15 Studien keinen Zusammenhang zwischen Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung und schlechterem Therapieerfolg bei Angststörungen fest. An einer Stichprobe von Zwangsgestörten untersuchten dieselben Autoren den Einfluß einer entsprechenden Persönlichkeitsdiagnose aus einem strukturierten Interview nach DSM als kategorialer Einflußgröße, wie auch den dimensionaler Persönlichkeitsmaße auf den Therapieerfolg (Dreessen et al. 1997). Auch hier ließ sich ein Einfluß nicht nachweisen.

Fricke et al. konnten keinen Einfluß von Persönlichkeitsstörungen auf Therapie-dauer oder -erfolg ausmachen (Fricke et al. 2003). Ecker et al. dagegen stellten

bei Patienten mit Persönlichkeitsstörung schlechtere Behandlungsergebnisse fest (Ecker und Dehmlow 1994). Allerdings schränkt das gewählte Studiendesign einer post-hoc-Analyse anhand der Behandlungsdokumentation die Aussagekraft der Studie ein. Ruppert et al. untersuchten ebenfalls post-hoc die Behandlungsverläufe von 626 Patienten mit Zwangsstörung. Dabei zeigte sich ein schlechterer Therapieerfolg für Patienten mit der Diagnose und auch der Verdachtsdiagnose einer Persönlichkeitsstörung (Ruppert et al. 2001a, b). Die gefundenen Unterschiede stützen sich auf Erfolgsbeurteilung durch die Therapeuten, was von anderen Autoren kritisch bemerkt wird. Außerdem ist ein möglicher Effekt, der bei einem post-hoc-Design nicht ausgeschlossen werden kann, daß Persönlichkeitsstörungen nicht nur als negativer Einflußfaktor auf den Therapieerfolg identifiziert wurden, sondern daß auch Therapieresistenz die Stellung einer Persönlichkeitsdiagnose begünstigte.

Schlechtere Behandlungsergebnisse sind wohl bei Zwangspatienten mit Persönlichkeitsstörung aus dem Cluster A („Odd Cluster“) des DSM zu erwarten. So finde man unter therapierefraktären Patienten mit Zwangsstörung eine besonders schlechte Besserungsrate bei solchen mit schizotyper Persönlichkeitsstörung (Jenike et al. 1986a, b).

Das Vorliegen mehrerer bzw. kombinierter Persönlichkeitsstörungen ist assoziiert mit einer längeren Krankheitsdauer (Baer und Jenike 1992). Kausale Schlüsse sind hier nur schwer möglich .

Die Befunde aus anderen Kulturkreisen ordnen sich in das Gesamtbild ein. Interkulturelle Unterschiede scheinen nicht zu bestehen (z.B. Matsunaga et al. 1998, Rodrigues Torres und Del Porto 1995).

Zusammenfassend ist festzustellen, daß die Forschung zu komorbiden Persönlichkeitsstörungen und deren Einfluß auf die Behandlung zahlreiche sehr unterschiedliche Befunde und nur geringe Fortschritte im Verständnis der Rolle der Persönlichkeit bei der Zwangsstörung geliefert hat. Nach Literaturlage darf ein schlechteres Behandlungsergebnis in der Therapie von Zwangsstörungen nicht aus dem Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung angenommen werden, da dafür keine eindeutige Befundlage existiert.

3.2 Zwangsstörungen und Persönlichkeitseigenschaften

Die lange Zeit populärste Theorie zur Beantwortung der Frage, wer an einer Neurose erkrankt, lieferte Eysenck mit seinem Trait-Konzept. Eine allgemeine Disposition zu neurotischen Störungen drückt sich hier als erhöhter Neurotizismus aus. Im Sinne der Theorie ist Neurotizismus ein Maß für emotionale Instabilität. Menschen mit erhöhtem Neurotizismus reagieren demnach stärker auf aversive Stimuli. Eysenck unternahm den Versuch, einzelne psychopathologische Gruppen durch ihre Lage auf den anderen beiden Persönlichkeitsdimensionen, Extraversion bzw. Psychotizismus, zu charakterisieren. Die Zwangsstörung ginge demnach mit Introversion einher. Darin besteht eine Gemeinsamkeit mit (anderen) Angststörungen. Die Introversion gilt im Rahmen dieses Modells als günstige Voraussetzung für eine Konditionierung von Angstreaktionen (vgl. 2.1, Abb. 1).

Letztlich hat sich die Eysencksche Theorie zum Erkennen einer Krankheitsdisposition nicht bewährt.

Einige zeitgenössische wissenschaftliche Veröffentlichungen widmen sich der Frage nach Zusammenhängen von Zwangsstörung und Persönlichkeitseigenschaften allgemein, d.h. unabhängig davon, ob eine Persönlichkeitsstörung im Sinne einer klinischen Diagnose vorliegt. Dazu müssen also nicht Diagnosekriterien von Persönlichkeitsstörungen (kategoriale Maße) erfaßt werden, sondern Persönlichkeitsdimensionen (dimensionale Maße). Eine Reihe von Arbeiten erfaßten Persönlichkeitsmerkmale mit hier nicht näher beschriebenen Meßinstrumenten. Nicht zuletzt wegen der insgesamt nicht sehr umfangreichen Literatur verdienen diese Erwähnung (s. a. Tab. 3.1). Die Vergleichbarkeit der Befunde ist bei den methodischen Unterschieden natürlich begrenzt.

Eine der Arbeiten, die sich als erste mit der Frage nach Persönlichkeitseigenschaften bei Patienten mit Zwangsstörung beschäftigten, stammt aus dem Jahre 1988. Joffe und Mitarbeiter (1988) untersuchten eine Stichprobe von 23 Patienten mit Zwangsstörung und verglichen mit einer Gruppe Depressiver. Als Meßinstrument wurde das Millon Clinical Multiaxial Inventory eingesetzt, das sowohl dimensionale Maße als auch kategoriale Maße i. S. von Diagnosen liefert. Das Millon Inventory ist für psychiatrische Patienten entwickelt worden. Kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen bezüglich Persönlichkeitsmerkmalen sowie Häufigkeit und Art von Persönlichkeitsstörungen wurde gefunden.

Im Vergleich von Zwangspatienten und Patienten mit Panikstörung und Agoraphobie (Mavissakalian et al. 1990b) zeigten sich in beiden Gruppen ähnliche Persönlichkeitsprofile im Personality Diagnostic Questionnaire, einem Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung von Persönlichkeitsdimensionen und Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen nach DSM, wobei Zwangskranke höhere Scores in histrionischen, narzistischen, vermeidenden, abhängigen, zwanghaften und passiv-aggressiven Traits hatten. In einer weiteren Arbeit wird für Probanden mit Zwangsstörung von Änderungen in Trait-Variablen und Abnahme der Zahl von Persönlichkeitsstörungen unter Pharmakotherapie der Zwangsstörung mit Clomipramin berichtet (Mavissakalian et al. 1990a). Dabei zeigten insbesondere die Patienten eine Normalisierung in Persönlichkeitsvariablen, deren Achse I-Störung auf die Behandlung reagierte. Das Problem des State-Trait Confounding deutet sich hier an.

Steketee (1990) untersuchte 26 Patienten mit Zwangsstörung mit dem Personality Diagnostic Questionnaire. Dabei hatte ein hoher Anteil der Probanden hohe Werte für Ängstlichkeit und Vermeidung sowie passiv-aggressive und zwanghafte Traits. Ein Zusammenhang für hohe Scores in Persönlichkeitsvariablen mit Zwangssymptomatik wurde nicht gefunden, doch prädizierten diese größere familiäre Schwierigkeiten und geringere soziale Anpassung.

Bei Verwendung des Eysenck Personality Questionnaire in einer Studie an Probanden mit Zwangsstörung, subklinischen Zwangsbeschwerden und Gesunden fanden Fullana et al. (2004), daß Psychotizismus der beste Prädiktor für die Diagnose einer Zwangsstörung war.

3.2.1 Untersuchungen mit dem NEO-FFM

Die hier referierten Studien verwendeten das NEO-PI, das NEO-PI-R bzw. das NEO-FFI als Meßinstrument.

Rector et al. verglichen Patienten mit Zwangsstörung und Major Depression (Rector et al. 2002). Im Vergleich mit Werten aus Bevölkerungsstichproben zeigten sich bei Patienten mit Zwangsstörung Unterschiede in den Dimensionen Neurotizismus, Extraversion und Gewissenhaftigkeit. Außerdem fanden sich Unterschiede in Subskalen von Offenheit und Verträglichkeit. Im Vergleich mit Depressiven waren Zwangsgestörte extravertierter, verträglicher und gewissenhafter, aber weniger neurotisch.

In einer weiteren Veröffentlichung (Rector et al. 2005) wurde der Zusammenhang der Symptomschwere mit NEO-FFI-Subskalen untersucht. Es fand sich eine Assoziation von geringeren Scores für Offenheit gegenüber Gedanken und Ideen mit stärkeren Zwangsgedanken. Geringere Offenheit für Aktivitäten war demgegenüber mit stärkeren Zwangshandlungen verbunden. Entgegen anderen Forschungsbefunden wurde also ein als spezifisch angesehener Zusammenhang zwischen dimensional erfaßten Zwangssymptomen und Persönlichkeitsmerkmalen gefunden.

Die Untersuchung von Samuels et al. (2000; s.a. 3.1) zeigte für Zwangspatienten gegenüber Kontrollen deutlich höhere Werte in Neurotizismus und allen seinen Subskalen. Zwei Subskalen für Offenheit (für Phantasien und Gefühle) waren erhöht. Zwei Subskalen von Gewissenhaftigkeit (Kompetenz und Selbstdisziplin) dagegen waren erniedrigt.

In einer Bevölkerungsstudie erfaßten Bienvenu et al. (2004) u. a. Patienten mit Zwangsstörungen. Bei ihnen fielen erhöhte Scores für Offenheit gegenüber Erfahrungen auf.

3.2.2 Untersuchungen mit dem TCI

Unter den Untersuchungen mit dem TCI finden sich einige konsistente Befunde. In Übereinstimmung mit der Theorie Cloningers werden bei Zwangspatienten genau wie bei anderen Angststörungen erhöhte Werte für Schadensvermeidung gemessen. Dies ist möglicherweise Ausdruck der auch schon im vorangegangenen Abschnitt beschriebenen Reagibilität bei aversiven Reizen und des Ansprechens eines Verhaltensinhibitionssystems. Mehrere Autoren fanden auch erniedrigte Werte für die Selbstlenkungsfähigkeit bzw. für Kooperativität. Diese Dimensionen zeigen der Theorie des TCI folgend bei extrem niedrigen Werten auch das Vorliegen von Persönlichkeitsstörungen an (vgl. 2.3.2).

Die Literatur zu Zwangsstörung und dem psychobiologischen Modell Cloningers ist überschaubar und wird hier kurz dargestellt. Tabelle 3.2 gibt die wesentlichen Befunde in einer Übersicht wider. Richter et al. (1996) untersuchten mit dem TPQ, dem Vorgänger des TCI, eine Stichprobe von 32 Zwangspatienten. Eine deutlich höhere Schadensvermeidung als bei gesunden Kontrollen wurde beschrieben.

Tab. 3.2: Untersuchungen von Zwangspatienten mit dem TCI

Studie	n	Vergleich	wesentliche Befunde
Richter et al. (1996)	32	ZS vs. Ktr.	ZS: SV > (TPQ)
Bejerot et al. (1995, 1998)	36	ZS vs. Ktr.	ZS: SV >, SL <, K <, BV >
		ZS vs. ZS+PS	ZS+PS: SL <, BV >, C >
Kusunoki et. al (2000)	43	ZS vs. Ktr.	SV >, NV <, SL <, K <
		ZS vs. MD	NV <
Lyoo et al. (2001)	40	ZS vs. Ktr.	ZS: SV >, NV <, SL < Assoz. von Zwangssympt. mit HA und SD
Lyoo et al. (2003)	35	ZS prä vs. post	ZS: SV ↓, SL unverändert, BA ↑
Cruz-Fuentes (2004)	54	ZS vs. Ktr.	ZS: SV >, SL <, K <
			Assoz. von Zwangssympt. mit SL < und HAMD >

SV – Schadenvermeidung, NV – Neugierverhalten, BA – Belohnungsabhängigkeit, K – Kooperativität, SL – Selbstlenkungsfähigkeit, Ktr. – gesunde Kontrollprobanden, MD – Major Depression, ZS – Zwangsstörung, ZS+PS – Zwangsstörung und Persönlichkeitsstörung, TPQ – Tridimensional Personality Questionnaire, HAMD – Hamilton Depression Scale, < - vermindert, > - erhöht, ↑ - Zunahme, ↓ - Abnahme

Bejerot et al. (1998) untersuchten eine Stichprobe von 36 Patienten mit Zwangsstörung bezüglich des Vorliegens von Persönlichkeitsstörungen und einzelner Persönlichkeitsdimensionen. Als Instrumente kamen dabei das SCID Screen Questionnaire und das TCI zur Anwendung. Im Ergebnis zeigten sich Unterschiede in Trait-Variablen von Patienten mit Zwangsstörung insgesamt gegenüber Gesunden und zwischen Zwangspatienten ohne vs. mit Persönlichkeitsstörung. Das TCI zeigte für Selbstlenkungsfähigkeit einen Zusammenhang mit einigen Persönlichkeitsstörungen. Es gelang mit Hilfe der TCI-Skalen Persönlichkeitsstörungen den DSM-Clustern A, B und C zuzuordnen. Die Varianzaufklärung betrug dabei 46 bis 64 %.

Unter Verwendung des TCI fanden Kusunoki et al. (2000) beim Vergleich von Patienten mit Zwangsstörung bzw. Major Depression mit gesunden Kontrollen, daß die beiden Patientengruppen gegenüber Kontrollen eine deutlich höhere Schadenvermeidung aufwiesen. In den Charakterdimensionen Selbstlenkungsfähigkeit und Kooperativität erreichten beide Patientengruppen niedrigere Werte als Gesunde. Bei Patienten mit Zwangsstörung war das Neugierverhalten signifikant geringer ausgeprägt als bei Gesunden und bei Depressiven. Das verminderte Neugierverhalten könnte einen spezifischeren Befund für die Zwangsstörung darstellen als die anderen Ergebnisse. Die Untersuchung der Probanden erfolgte nach

Behandlung, um Einflüsse von Symptomen, z.B. von Depressivität auf die Persönlichkeitsmaße gering zu halten.

Eine 2001 veröffentlichte kontrollierte Studie (Lyoo et al. 2001) beschäftigt sich mit der Frage nach Persönlichkeitsmustern bei Patienten mit Zwangsstörung. Es zeigte sich im Vergleich zu gesunden Kontrollen eine höhere Schadensvermeidung und ein geringer ausgeprägtes Neugierverhalten sowie geringere Selbstlenkungsfähigkeit. Zudem korrelierten die hohe Schadensvermeidung und die niedrige Selbstlenkungsfähigkeit mit der Symptomschwere der Zwangsstörung.

In einer Veröffentlichung über die gleiche Stichprobe berichteten Lyoo et al. über die Veränderungen von TCI-Werten unter Behandlung. Dabei wurde eine serotonerge Medikation bzw. eine Kombination aus serotonerger Medikation und KVT angewendet. Die Werte für Schadensvermeidung erniedrigten sich unter der Behandlung signifikant. Demgegenüber kam es zu einem Anstieg der Werte für Belohnungsabhängigkeit, die sich initial nicht von der Normalstichprobe unterschieden. Selbstlenkungsfähigkeit zeigte unter der Behandlung keine Änderung. Die Unterschiede zeigten sich ähnlich, nachdem in der Analyse der Effekt von Post-Werten des BDI herauspartialisiert wurde. Es fand sich kein korrelativer Zusammenhang von Änderungen der TCI-Skalen mit Änderungen im Gesamtscore der Y-BOCS (Lyoo et al. 2003). Die Autoren schlußfolgern, daß Temperamentsvariablen der Therapie zugänglicher seien als Charaktervariablen.

Cruz-Fuentes et al. (2004) bestätigten die Befunde für Schadensvermeidung, Selbstlenkungsfähigkeit. Zusätzlich wurde eine niedrigere Kooperativität bei Patienten mit Zwangsstörung gefunden. Diese Arbeitsgruppe konnte auch einen Zusammenhang der Symptomschwere mit niedrigen Werten in Selbstlenkungsfähigkeit feststellen.

4 Fragestellungen und Hypothesen

Die vorliegende Arbeit widmet sich vorrangig der Frage, ob der Erfolg eines kognitiv-verhaltenstherapeutisch ausgerichteten Therapieprogramms bei Patienten mit Zwangsstörung sich anhand von Persönlichkeitseigenschaften vorhersagen läßt.

Um diese Frage zu beantworten, müssen bestimmte Voraussetzungen geprüft werden. Zunächst soll festgestellt werden, ob eine effektive Behandlung überhaupt stattgefunden hat. Daran anschließend wird überprüft, welche anderen Variablen außer Persönlichkeitsmerkmalen im statistischen Zusammenhang mit dem Therapieerfolg stehen. Dann werden Persönlichkeitsmerkmale der Stichprobe untersucht und mit einer Normalpopulation verglichen. Abschließend werden Zusammenhänge von Persönlichkeitsmerkmalen mit dem Therapieerfolg betrachtet.

4.1 Effektivität der Therapie

In Meta-Analysen wurde wiederholt die Wirksamkeit von Verhaltenstherapie, Kognitiver Therapie und Kognitiver Verhaltenstherapie untersucht. Deacon und Abramowitz betrachteten im Jahre 2004 Meta-Analysen aus über 10 Jahren. Dabei konnte eine prinzipielle Wirksamkeit sowohl für die kognitive wie auch für die Verhaltenstherapie nachgewiesen werden. Im Vergleich beider Therapien zeigte sich zumeist eine Ebenbürtigkeit beider Verfahren oder eine geringe Überlegenheit der Verhaltenstherapie, speziell der Reizkonfrontation mit Reaktionsverhinderung. Eine der jüngeren einbezogenen Meta-Analysen (Abramowitz et al. 2002) votiert trotz Einräumung methodischer Probleme für die leichte Überlegenheit der Verhaltenstherapie. Auf die Schwierigkeiten, kognitive Techniken scharf von rein verhaltensorientierten abzugrenzen wurde bereits eingegangen (s. 1.5.2).

In der Praxis kommen Behandlungskonzepte zum Einsatz, die verhaltensbasierte und kognitive Techniken beinhalten. Die Kombination dieser als Kognitive Verhaltenstherapie bezeichneten Behandlung mit Pharmakotherapie ist häufig. Es gibt in der Literatur keine Hinweise darauf, daß eine Kombination dieser therapeutischen Ansätze schlechtere Behandlungsergebnisse liefert als die Komponenten allein. Dagegen existieren Hinweise für eine Überlegenheit der Kombination von

Pharmakotherapie und KVT gegenüber Pharmakotherapie allein (s. 1.5.3). Dies scheint insbesondere für den Langzeiterfolg von Bedeutung zu sein.

Die hier untersuchte Stichprobe wurde mit einem komplexen Therapieprogramm behandelt (s. 4.2), das die o. g. Komponenten als wesentliche Bestandteile einschließt. Angesichts der Datenlage wird angenommen, daß es sich bei KVT und Pharmakotherapie um prinzipiell wirksame Therapieverfahren handelt. An der vorliegenden Stichprobe soll untersucht werden, wie effektiv unter der Behandlung störungsspezifische Symptomatik und Psychopathologie allgemein gebessert werden. Eine signifikante Reduktion von Symptommäßen im Prä-Post-Vergleich für Zwangssymptome, aber auch für Depressivität und für die Symptombelastung insgesamt ist zu erwarten.

Da Patienten teilweise eine Pharmakotherapie erhielten, ist zu prüfen, ob aus dieser Kombination von Behandlungsmethoden ein zusätzlicher Effekt resultiert.

4.2 Prädiktoren des Therapieerfolges

Die Therapieerfolge bei der Behandlung von Zwangsstörungen mit Kognitiver Verhaltenstherapie stellen sich in der Literatur als sehr unterschiedlich dar.

Überprüft werden soll der Einfluß soziodemografischer Daten (Alter, Geschlecht, Bildung) auf den Therapieerfolg.

Es gibt aus der Literatur einige Anhaltspunkte für Faktoren, die den Therapieerfolg beeinflussen könnten: Erkrankungsalter, Krankheitsdauer, Depressivität und nicht zuletzt Symptomschwere der Zwangsstörung.

Demnach sagt eine stärkere Zwangssymptomatik zu Beginn der Therapie eine geringere Symptomreduktion bzw. eine stärkere Zwangssymptomatik zum Ende der Therapie vorher. Ebenso würde ausgeprägtere Depressivität zu Beginn der Behandlung einen schlechteren Therapieerfolg bezüglich der Zwangssymptomatik prädictieren.

Ein Zusammenhang des Ersterkrankungsalters mit dem Therapieerfolg wird vermutet, da der frühe Beginn einerseits eine möglicherweise stärker ausgeprägte Prädisposition anzeigt, andererseits die Betroffenen wichtige Entwicklungsschritte unter der Last der Störung machen. Betroffene mit spätem Krankheitsbeginn schauen auf eine gesündere Persönlichkeitsentwicklung zurück, die möglicherweise auch die besseren Voraussetzungen zur Krankheitsbewältigung bietet.

Die Krankheitsdauer beschreibt die Chronifizierung der Störung. Störungsverhalten wird konditioniert und verfestigt sich. Diese Chronifizierung trägt zum Grad der Therapieresistenz der Störung bei. Eine größere Krankheitsdauer könnte demnach einen schlechteren Therapieerfolg bezüglich der spezifischen Symptomatik der Zwangsstörung prädictieren.

4.3 Persönlichkeitseigenschaften von Patienten mit Zwangsstörung

4.3.1 Persönlichkeitsmerkmale im NEO-FFI

Aus den im Abschnitt 3.2 gemachten Ausführungen zu Zwangsstörung und Persönlichkeitsstörungen ist zu erwarten, daß Patienten mit Zwangsstörung gegenüber einer Normalpopulation im NEO-FFI höhere Werte für Neurotizismus und niedrigere Werte für Extraversion haben.

Da ein erhöhter Neurotizismus bei einer Vielzahl psychischer Störungen gefunden wird, kann die Dimension als allgemeines Maß der Vulnerabilität aufgefaßt werden. Dementsprechend ist ein korrelativer Zusammenhang mit der störungsspezifischen Symptomatik, mit Depressivität und auch der psychischen Symptomatik insgesamt zu erwarten.

Persönlichkeitsmerkmale sind als relativ zeit- und situationsstabile Variablen definiert, und so sollten die Maße vor und nach einer Therapie einen starken korrelativen Zusammenhang aufweisen. Andererseits ist von einer erfolgreichen Therapie anzunehmen, daß sie sich positiv auf Persönlichkeitsdimensionen auswirkt. Erhöhte Werte für Neurotizismus sollten deshalb eine Änderung in Richtung des Mittelwertes der Normstichprobe zeigen. Es wird ein positiver Zusammenhang von Reduktion in Neurotizismus und Symptomreduktion erwartet.

4.3.2 Persönlichkeitsmerkmale im TCI

In den Skalen des TCI sind aus konsistenten Vorbefunden (s. Tab. 3.2) erhöhte Werte für Schadensvermeidung sowie geringere Werte für Neugierverhalten und Selbstlenkungsfähigkeit für Zwangspatienten gegenüber einer Normalpopulation zu erwarten.

Das theoretische Modell Cloningers stellt die Persönlichkeitsdimensionen als Produkt einer genetischen Anlage und der Lernerfahrung dar. Für Temperaments- und Charaktervariablen wird jeweils eine unterschiedliche Relation dieser Einflüsse angenommen, doch unterliegen alle Dimensionen grundsätzlich auch Um-

welteinflüssen. Damit besteht auch die Möglichkeit zu Veränderungen in diesen Variablen. Ob solche Veränderungen unter einer Therapie stattfinden, ist bisher kaum untersucht.

Lyoo et al. konnten für Zwangspatienten eine Reduktion der Schadensvermeidung unter Therapie nachweisen (vgl.: Lyoo et al. 2003). Eine Bestätigung dieses Ergebnisses in der vorliegenden Arbeit ist zu erwarten.

Nach Cloningers Theorie sind Charaktervariablen im stärkeren Maße von der Lernerfahrung geprägt, und die Charakterentwicklung wird als lebenslanger Prozeß dargestellt. Dagegen seien Temperamentsvariablen im größeren Ausmaß genetisch determiniert. Eine intensive und extensive Behandlung mit kognitiver Verhaltenstherapie sollte in der Lerngeschichte des Patienten, insbesondere bezüglich der Störung, einen Einfluß ausüben. Es kann angenommen werden, daß dieser sich nicht nur, wie im o. g. Vorbefund angedeutet, in Veränderungen in Temperamentsvariablen niederschlägt, sondern gerade auch in den theoretisch besser zugänglichen Charaktervariablen. Aus der Literatur sind im Vergleich zu Normalstichproben bei Zwangspatienten erniedrigte Werte für Selbstlenkungsfähigkeit und Kooperativität vor einer Therapie anzunehmen. Als Therapieeffekt wäre eine Annäherung dieser Werte an das Normalniveau zu erwarten.

4.4 Prädiktion des Therapieerfolges aus Persönlichkeitsvariablen

Abschnitt 1.6 beschäftigte sich mit der Frage, worauf unterschiedliche Therapieerfolge zurückzuführen sind. Dabei zeigte sich für die Zwangsstörung eine heterogene Befundlage. Einige Befunde wurden bei den Hypothesen unter 4.2 aufgegriffen.

Aus der Heterogenität der Befunde ist zu folgern, daß allein soziodemografische Daten oder mit der Störung in direktem Zusammenhang stehende Variablen, wie z.B. das Erkrankungsalter, die Varianz des Therapieerfolges nicht erklären. Darum ist es folgerichtig, Persönlichkeitsvariablen in die Suche nach Prädiktoren des Therapieerfolges einzubeziehen.

Es ist plausibel, daß bestimmte Wesenszüge nicht nur zur Ausbildung der Zwangsstörung prädestinieren und deren Verlauf mitbestimmen, sondern ebenso Einfluß auf Verlauf bzw. Erfolg einer Therapie haben. Ein Einfluß stärker biologisch festgelegter Persönlichkeitszüge auf eine Pharmakotherapie der Achse I-Störung ist durchaus denkbar. Noch leichter kann man sich einen Einfluß von Persönlich-

keitseigenschaften auf die Effektivität psychotherapeutischer Interventionen vorstellen.

4.4.1 Einfluß von Dimensionen des NEO-FFI

Bei der Vorstellung der Eysenckschen Theorie und des FFM wurde Neurotizismus bereits als Marker für psychische Vulnerabilität dargestellt. Neurotizismus drückt demnach Prädisposition aus.

Mangelnde emotionale Stabilität könnte darüber hinaus ebenso in der Krankheitsbewältigung, d. h. auch für den therapeutischen Prozeß bedeutsam sein.

Und so ergibt sich als Hypothese, daß höhere Werte für Neurotizismus einen schlechteren Therapieerfolg prädictieren. Als Maß des Therapieerfolges können dabei Symptommaße am Ende der Therapie und auch Änderungen der Symptommaße im Prä-Post-Vergleich herangezogen werden.

Es ist zu prüfen, ob Werte für Neurotizismus vor Beginn der Therapie zur Varianzaufklärung des Therapieerfolges beitragen.

4.4.2 Einfluß von Dimensionen des TCI

Im psychobiologischen Modell wird Schadensvermeidung in Zusammenhang mit dem Postulat eines phylogenetisch alten Verhaltensinhibitionssystems gestellt. Diesem wird in der späteren Entwicklung die Emotion Angst übergeordnet.

In der wissenschaftlichen Literatur stellt sich vor allem die Schadensvermeidung als ein häufig gefundenes Merkmal bei Patienten mit Zwangsstörung und auch mit Angststörungen allgemein dar. Es könnte sich also hier analog zum Neurotizismus im FFM um einen Vulnerabilitätsmarker handeln.

Neben der Rolle als prädisponierender Faktor könnte Schadensvermeidung einen Einfluß auf Therapieverlauf und -erfolg haben. Dies wäre insbesondere für das Verhalten bei Reizkonfrontation gut ableitbar. Zu erwarten wären beispielsweise größere Zurückhaltung oder Vermeidungsverhalten sowie erschwerte Habituation. Im Ergebnis würde ein schlechterer Therapieerfolg vorliegen. Als Maße des Therapieerfolges können wiederum Posttestwerte der Symptomskalen und Prä-Post-Unterschiede auf den Symptomskalen dienen.

Ein Einfluß von Schadensvermeidung i. S. eines negativen Zusammenhanges mit dem Therapieerfolg wird angenommen.

Der mögliche Einfluß anderer Dimensionen des TCI wird ohne eine spezifische Hypothese betrachtet.

5 Methodik

5.1 Stichprobe und Behandlung

Die untersuchte Stichprobe rekrutiert sich aus den Patienten der Verhaltenstherapiestation der Psychiatrischen Klinik der Friedrich-Schiller-Universität Jena. Die Patienten wurden durch ambulante Ärzte, zumeist Psychiater, in die Verhaltenstherapie-Ambulanz der Klinik überwiesen. Hier erfolgte die Diagnosestellung bzw. –überprüfung, die Indikationsstellung zur stationären Behandlung und die Klärung der Therapiemotivation. Die Einbestellung zur stationären Behandlung erfolgte über eine Warteliste. Die Wartezeiten auf einen Therapieplatz lagen zwischen einem und sechs Monaten.

Das Prozedere der therapiebegleitenden Diagnostik (s. 5.2) wurde bei allen aufgenommenen Patienten angewandt. In die Stichprobe wurden alle 151 Patienten mit der Diagnose Zwangsstörung einbezogen, die zwischen Juli 1995 und März 2005 zur Behandlung aufgenommen wurden. Patienten, die wiederholt in die stationäre Behandlung kamen, wurden mit dem Aufenthalt in die Studie eingeschlossen, in dem erstmals Verhaltenstherapie in einer potentiell wirksamen Dosis durchgeführt wurde. Ein Abbruch der Behandlung vor Beginn der Reizkonfrontation z.B. wurde nicht in diesem Sinne bewertet. Aus der Stichprobe wurden später 6 von 151 Patienten ausgeschlossen, da diese nicht an der Erhebung psychometrischer Daten teilnahmen. Gründe dafür waren mangelnde Kooperation oder auch stärkste Einschränkungen durch die Zwangsstörung selbst. Um Selektionseffekte soweit wie möglich zu vermeiden, wurden alle anderen Probanden in der Stichprobe belassen, gleichgültig wie vollständig ihre Datensätze waren. Für einzelne statistische Tests bedeutet dies eine Verringerung des Stichprobenumfanges ($n < 145$).

In der Stichprobe überwiegen erwartungsgemäß weibliche Patienten. Bei statistischer Prüfung auf Geschlechterunterschiede in Alter, Erkrankungsalter und Behandlungsdauer zeigten sich keine Unterschiede. Tabelle 5.1 macht Angaben zur Stichprobencharakteristik. Diagnostische Charakteristika sind in Tabelle 5.2 festgehalten. Die Tabelle orientiert sich an den Diagnosen nach ICD-10. Zu erwähnen ist die Besonderheit, daß die schizotype Störung in der ICD-10 im Gegensatz zum

Tab. 5.1 Stichprobenbeschreibung (n=145)

Geschlecht weibl. (%)	91 (63)	Alter in Jahren, M (SD)	34,3 (11,4)
Erkrankungsalter in J., M (SD)	23,3 (10,4)	Krankheitsjahre, M (SD)	11 (8,9)
Behandlungstage, M (SD)	86,6 (41,5)	Beh. <6 Wochen (%)	10 (6,9)
<u>Familienstand</u>		<u>Berufsausbildung</u>	
ledig	56	Hauptschule	15
verheiratet/fester Partner	77	Realschule	88
geschieden/getrennt	12	Abitur	31
<u>Berufsausbildung*</u>		(Fach-)Hochschule	11
ohne Berufsabschluß	11	<u>Tätigkeit vor Aufnahme*</u>	
in Ausbildung/Studium	20	Vollzeitbeschäftigung	58
Facharbeiter	62	Teilzeitbeschäftigung	2
Angestellter/Beamter	41	nicht berufstätig	6
hochqual./ltd. Angest.	9	arbeitslos	45
Freiberufler/Selbständiger	2	> 6 Wochen krank	19
		erwerbsunfähig, berentet	14
<u>Psychotrope Medikation im Behandlungsverlauf (%)</u>			
keine	29 (20)	SRI + Neuroleptika	28 (19,3)
SRI (auch in Komb.)	81 (55,9)	andere	7 (4,8)

*für einen Pat. nicht erfaßt

Tab. 5.2 Diagnosen der Stichprobe

<u>Hauptdiagnose Zwangsstörung (ICD-10):</u>					
vorw. Zwangsged. (F42.0)	12	vorw. Zwangshandl. (F42.1)	7		
gemischt (F42.2)	125	andere (F42.8)	1		
<u>Häufigkeiten komorbider Diagnosen pro Pat.</u>					
keine	56	eine	52	zwei o. mehr	37
<u>komorbide Achse-I Diagnosen: insges. 70</u>					
Substanzmißbrauch / -abhäng.	11	Impulskontrollstörung	4		
schizophreniforme Störungen	7	Tic-Störung	1		
bipolare Störungen	3	Stottern	1		
depressive Störungen	25	Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen	1		
Angststörungen	7	nichtorgan. Schlafstörung	1		
somatoforme Störungen	2	psychische u. Verhaltensfaktoren bei körperl. Erkr.	1		
Essstörungen	3				
<u>Fälle mit komorbiden Persönlichkeitsstörungen einschl. Verdacht: 50</u>					
<u>Diagnosen komorbider Persönlichkeitsstörungen nach ICD-10(insges. 61):</u>					
paranoide (F60.0)	3	ängstl.-vermeidende (F60.6)	5		
schizoide (F60.1)	1	abhängige (F60.7)	3		
emotional instabile (F60.3)	2	andere (F60.8)	14		
histrionische (F60.4)	1	nicht näher bez. (F60.9)	5		
zwanghafte (F60.5)	11	kombinierte (F61)	17		

DSM nicht zu den Persönlichkeitsstörungen gehört. Die in der Stichprobe dreimal festgestellte Diagnose geht in der Aufstellung in die schizophrenieähnlichen Störungen ein. Bei der statistischen Auswertung des Datenmaterials wurde jedoch aus inhaltlichen Gründen die schizotype Störung als Persönlichkeitsstörung behandelt.

Diagnosestellung erfolgte, wie bereits erwähnt, bei ambulanter Vorstellung und stationärer Aufnahme im Ergebnis ausführlicher Exploration. Für Persönlichkeitsstörungen gilt die Besonderheit, daß diese z. T. erst im Verlauf, nach längerer klinischer Beobachtung und unter Hinzuziehung aller verfügbaren Informationen gestellt wurden.

Die parallele Stellung von Diagnosen nach DSM-IV wird hier nur am Rande erwähnt, da sie für die vorliegende Arbeit nicht von Bedeutung ist.

Die Behandlung erfolgte als Krankenhausbehandlung auf einer Psychotherapiestation mit 16 Betten. Der Behandlungsschwerpunkt der Station liegt auf der Therapie von Angst- und Zwangsstörungen. Als Therapeuten waren im Laufe des Untersuchungszeitraumes immer zwei bis drei Ärzte in fortgeschrittener klinischer Ausbildung oder Diplom-Psychologen tätig. Die Therapeuten absolvierten eine Psychotherapieausbildung, zumeist Verhaltenstherapie, bzw. hatten eine solche abgeschlossen. Durch den regelmäßigen Wechsel der Stationsbesetzung waren im Untersuchungszeitraum mehr als zehn Therapeuten tätig. Es erfolgte eine kontinuierliche Supervision.

Dem therapeutischen Team gehören Cotherapeuten an. Diese sind speziell geschulte Mitarbeiter aus dem mittleren medizinischen Personal mit einer langjährigen psychiatrischen und in den meisten Fällen auch psychotherapeutischen Erfahrung. Neben der Erfahrung im Umgang mit Psychotherapiepatienten sind die Cotherapeuten geschult in der Begleitung und z. T. auch der Durchführung verhaltenstherapeutischer Übungen, in der Durchführung von Entspannungsverfahren und eines Trainings sozialer Kompetenz.

Im Team der Verhaltenstherapiestation ist eine Diplom-Sozialpädagogin tätig. Ihr kommen v. a. Aufgaben bei der Unterstützung der Patienten in administrativen Angelegenheiten zu, die - zumeist krankheitsbedingt - von den Patienten nicht

selbst bewältigt werden konnten. Außerdem unterstützt sie die Therapie durch die Vermittlung therapeutischer Arbeitsversuche bei lokalen Arbeitgebern.

Verstärkt wird das therapeutische Team durch Mitarbeiter der Ergotherapie und eine Motopädin der Klinik.

5.1.1 Behandlungsverlauf und Behandlungskonzept

Der stationäre Aufenthalt gliedert sich in vier Phasen: Diagnostik, Verhaltensanalyse, Veränderungsphase und Stabilisierungsphase.

Am Tage der Aufnahme in der Klinik erfolgt ein ausführliches Aufnahmegespräch des Therapeuten mit dem Patienten. In der Regel ist dabei der zuständige Cotherapeut anwesend. In diesem Gespräch erfolgt eine nochmalige Exploration des Patienten zur Festigung der Diagnose sowie zur Feststellung psychischer und evtl. somatischer Komorbidität. Differentialdiagnostische Erwägungen können abgeleitet werden. Durch einen Arzt der Station wird eine internistisch-neurologisch orientierte klinische Aufnahmeuntersuchung durchgeführt. Es schließen sich Routineuntersuchungen von Laborparametern und EKG an. Festlegungen für ergänzende diagnostische Maßnahmen werden getroffen. In der Diagnostikphase werden auch Fragen der Indikation einer Pharmakotherapie oder der Fortführung ambulanter Medikation erörtert. Weiterhin müssen in diesen ersten Tagen auch bestimmte soziale Probleme abgeklärt werden.

Es folgt der Übergang zur Phase der Verhaltensanalyse. Dabei wird symptomatisches Verhalten aus der Anamnese, aus dem gegenwärtigen Erleben und aus Verhaltensexperimenten systematisch untersucht und protokolliert. Ziel der Verhaltensanalyse ist die Erstellung einer individuellen Hierarchie der Zwangssymptomatik und die Erarbeitung eines individuellen Krankheitsmodells. Im Ergebnis soll ein Therapieplan, i. d. R. ein Expositionsvertrag, vereinbart werden. Während der Phase der Verhaltensanalyse nehmen Patienten begleitend an störungsspezifischen Therapiegruppen teil (s.u.). Die Verhaltensanalyse soll nach zwei bis drei Wochen abgeschlossen sein.

Es schließt sich die Veränderungsphase, die Therapiephase im engeren Sinne an. In dieser Phase führen die Patienten Expositionsübungen in Begleitung und allein durch. In den allermeisten Fällen folgt die Behandlung dem Prinzip der Reizkonfrontation mit Reaktionsverhinderung, z. T. durchgeführt als Reizüberflutung (vgl.

1.5.2). In einem solchen „Flooding“ werden beispielsweise Patienten, die unter Kontaminationsbefürchtungen und Waschzwängen leiden, dazu gebracht, vorübergehend auf das Waschen vollständig zu verzichten oder es zumindest auf ein genau definiertes Minimum der Körperhygiene zu begrenzen und sich zusätzlich aktiv zu verschmutzen. D.h. aus dem Zwangsverhalten wechseln die Patienten vorübergehend in ein gegenteiliges Extremverhalten. Ziel aller Expositionsübungen ist es, Anspannung zu provozieren und dann bis zur Habituation auszuhalten.

Einen besonderen Höhepunkt der Therapie stellt die sogenannte Heimexposition dar. Dies ist ein Besuch des Patienten gemeinsam mit Therapeut und Cotherapeut in seinem alltäglichen Umfeld. Günstigenfalls erfolgt dieser zum Beginn dieser Therapiephase, um die Expositionsphase auch außerhalb der Klinik gewissermaßen mit einem Therapieritual zu eröffnen und weitere diagnostische Erkenntnisse zu erhalten. Während der Veränderungs- und der sich anschließenden Stabilisierungsphase soll eine Übertragung von Therapieerfolgen auf das alltägliche Umfeld der Patienten stattfinden. Dazu erfolgen individuell therapeutische Wochenendbeurlaubungen, in denen Expositionsübungen durchgeführt werden bzw. Normalverhalten etabliert wird.

In der letzten Phase der Therapie, der Stabilisierungsphase, soll die Expositionsbehandlung ausgeblendet und zu einem Normalverhalten übergegangen werden. Dazu wird ein sogenannter Erhaltungsvertrag abgeschlossen. Zusätzlich werden alltagsnahe Belastungen, meist als therapeutischer Arbeitsversuch außerhalb der Klinik, simuliert. Damit soll Belastungsstabilität des Therapieerfolges erreicht und die Patienten auf die Zeit nach der Entlassung vorbereitet werden. Arbeitsversuche werden in Kooperation mit lokalen Arbeitgebern organisiert. Die Arbeitszeit wird dabei meist schrittweise gesteigert. Die Patienten leisten dabei unentgeltliche Arbeit. In der Stabilisierungsphase verschiebt sich der Fokus der Einzeltherapie immer mehr von der Störungssymptomatik hin zur sogenannten Makroanalyse, d. h. zur genauen Analyse und gezielten Veränderung störungsauslösender und –erhaltender Bedingungen. Auch lebensgeschichtliche Themen können dabei eine große Rolle spielen.

Methodisch betrachtet erhalten die Patientin eine kognitive Verhaltenstherapie. Die Behandlung wird nach einem schriftlich fixierten Therapiemanual in Anleh-

nung an Lakatos und Reinecker (2001) durchgeführt. Der Schwerpunkt liegt dabei auf der Expositionsbehandlung durch Reizkonfrontation mit Reaktionsverhinderung. Begleitend werden kognitive Strategien eingesetzt (vgl. 1.5.2). Die Behandlung ist als Einzeltherapie konzipiert. Die therapeutische Arbeit erfolgt dabei in kleinen Teams, bestehend aus dem Patienten, dem Therapeuten und einem Co-therapeuten. Einzelne therapeutische Maßnahmen finden in der Gruppe statt. So wird z.B. zweimal wöchentlich eine störungsspezifische Gruppenstunde abgehalten, in der krankheits- und behandlungstheoretische Inhalte vermittelt und Therapieinhalte besprochen werden. Zwischen den einzelnen Patienten findet ein therapeutisch geleiteter Austausch zu Krankheit und Therapie statt. In diesem Rahmen ist auch ein Lernen am Modell des Mitpatienten möglich.

Weitere Gruppenveranstaltungen dienen der Regelung des Zusammenlebens der Patienten auf der Station. Je nach Indikation nehmen die Patienten an einem Training sozialer Kompetenz teil. Weitere Bestandteile der Therapie sind Entspannungsverfahren (Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson, Yoga und „Fünf Tibeter“), Ergotherapie und ein regelmäßiges Kreislauftaining („Walking“).

Das gesamte Therapiekonzept ist so angelegt, daß eine reguläre Behandlung je nach individuellen Bedingungen mit einer Dauer von ca. 8-12 Wochen anzusetzen ist. Alle Therapien die weniger als 6 Wochen dauerten, definieren wir als vorzeitig abgebrochene Therapien. Nur 10 Therapien erfüllen dieses Abbruchkriterium (vgl. Tab. 5.1).

5.1.2 Pharmakotherapie und ihre Klassifizierung in der Studie

Bei der Behandlung von Zwangsstörungen hat die Pharmakotherapie in der Praxis einen festen Platz. Häufig stellt sie den ersten Behandlungsansatz dar. Wie bereits erwähnt findet trotz noch unzureichender Studienlage, bona fide, auch die Kombination KVT und Pharmakotherapie eine breite Anwendung.

Die vorliegende Arbeit steht auf dem Boden klinischer Praxis, und die Untersuchung pharmakotherapeutischer Effekte war nicht primär Anliegen der therapiebegleitenden Forschung. Die Patienten der Verhaltenstherapiestation erhielten eine Pharmakotherapie nach klinischer Indikation, d. h. es gab kein spezielles Design zur Vergabe einer Medikation. Die Verordnungspraxis wurde dabei von verschiedenen Kriterien bestimmt. Medikamente, die bereits vorstationär von ambu-

lanten Behandlern verordnet worden waren und welche die Patienten als hilfreich empfanden, wurden weiter gegeben, wenn sich keine neuen Gesichtspunkte ergaben. Zu Beginn und auch im Rahmen der Therapie wurden die Patienten über die Behandlungsmöglichkeit mit Medikamenten, insbesondere mit (Selektiven) Serotoninwiederaufnahmehemmern, (S)SRI, aufgeklärt. In der Regel wurde eine solche unterstützende Medikation angeboten, wenn keine Kontraindikationen vorlagen. In der Stichprobe waren insgesamt $\frac{3}{4}$ der Patienten mit einem serotonergen Medikament versorgt. Andere Medikamente, wie trizyklische Antidepressiva, Neuroleptika u. a., wurden nach spezieller Indikation gegeben. Die mittel- bis hochpotenten Neuroleptika fanden speziell bei klinisch besonders resistenter Zwangssymptomatik Anwendung, auch wenn die Symptomatik psychotische Züge trug. Kombinationen von Antidepressiva waren z.B. bei ausgeprägter depressiver Begleitsymptomatik gelegentlich indiziert. Die Häufigkeiten für die im Nachhinein festgelegten Medikationsklassen sind in Tab. 5.1 wiedergegeben.

Für die Studie erfolgte post-hoc eine Einteilung der Pharmakotherapie in vier Gruppen:

- keine Pharmakotherapie,
- Pharmakotherapie mit Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (serotonine reuptake inhibitors – SRI), auch in Kombination mit anderen Medikamenten, aber nicht mit mittel- bis hochpotenten Neuroleptika,
- Kombination von serotonerger Medikation und (mittel- bis hochpotenten) Neuroleptika und
- andere Psychopharmaka als Restkategorie.

Mit dieser Einteilung sollte vor allem die auf die Zwangssymptomatik gerichtete Pharmakotherapie abgebildet werden. Hier stellen serotonerge Medikamente die 1. Wahl und die Kombination mit Neuroleptika eine Behandlungsoption der 2. Wahl dar.

Eine psychotrope Medikation wird dann angenommen, wenn sie in einer als wirksam angesehenen Dosis über einen Zeitraum von mindestens 4 Wochen eingenommen wurde. Dabei spielte eine entscheidende Rolle, daß innerhalb einer Klasse mediziert wurde, also z. B. serotonerge Medikation verabreicht wurde. Ein Präparatewechsel innerhalb der Klasse von Medikamenten wurde nicht beachtet.

5.2 Therapiebegleitende psychometrische Diagnostik

Während des stationären Aufenthaltes wurde zur Datenerhebung eine Batterie von Selbst- und Fremdbeurteilungsinstrumenten angewendet. Die Auswahl der Meßinstrumente war jeweils für die hauptsächlich auf der Verhaltenstherapiestation behandelten Diagnosegruppen, Angst- und Zwangsstörungen, festgelegt worden. Die Tests zielen auf die Gewinnung von Aussagen über die störungsspezifische und –unspezifische Symptomatik und über Persönlichkeitseigenschaften ab. All diese Maße wurden am Beginn und am Ende der Behandlung erhoben. Die Beobachtung störungsspezifischer Symptomatik erfolgte zusätzlich im Verlauf. Die vorliegende Arbeit betrachtet ausschließlich Datenerhebungen zu Beginn und Ende der Therapie. Zum Einschluß eines Meßtermines als Prätest oder Posttest wurden Zeitintervalle nach Aufnahme und vor Entlassung definiert. Diese unterscheiden sich für Symptomskalen, die einer relativ raschen Änderung unterworfen sein können („state“), und für Persönlichkeitsskalen, die eine relative zeitliche Konstanz aufweisen („trait“). Symptomskalen mußten innerhalb von 10 Tagen nach Aufnahme bzw. vor Entlassung erhoben sein, Persönlichkeitsskalen jeweils innerhalb von 21 Tagen.

5.2.1 Verwendete Meßinstrumente

Die verwendeten Tests werden im folgenden kurz charakterisiert. Über den Studienzeitraum (1995–2005) änderte sich die Datenerhebung teilweise. Anfangs wurden alle Tests in einer Paper-Pencil-Version präsentiert. Seit 2001 etwa wurden die Daten teilweise über ein computergestütztes Hogrefe-Testsystem gewonnen.

Die verwendeten Instrumente sind teilweise Fragebögen zur Selbstbeurteilung und teilweise zur Fremdbeurteilung, die durch Therapeuten bzw. Cotherapeuten vorgenommen wurde.

Angewendet wurden:

- Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS; Büttner-Westphal und Hand 1991)
- Beck-Depressions-Inventar (BDI; Hautzinger et al. 1995),
- Hamilton Depressions-Skala (HAMD; in: CIPS 1996),
- Symptomcheckliste von Derogatis (SCL-90-R; Franke 1995),

- NEO-Fünf-Faktoren-Inventar (NEO-FFI; Borkenau und Ostendorf 1993) und
- Temperament- und Charakter-Inventar (TCI; Cloninger et al. 1999).

Als Reliabilitätsmaß sind für die Tests Konsistenzkoeffizienten (Cronbach's α) angegeben. Auf andere Gütekriterien der Tests, insbesondere die inhaltliche Validität, soll i. R. dieser Arbeit nicht eingegangen werden. Es handelt sich ausnahmslos um publizierte und vielfach verwendete Instrumente, so daß das Kriterium als erfüllt angenommen werden kann.

Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale

Die Y-BOCS stellt ein zweiteiliges Untersuchungsverfahren dar. Teil 1 ist eine Symptomcheckliste, die der qualitativen Erfassung von Zwangssymptomen dient. Sie wird als semistrukturiertes Interview erhoben. Dieser Teil des Instrumentes fand in der vorliegenden Untersuchung keine Anwendung, da sich keine Fragestellung an die Subtypisierung von Zwangsstörungen knüpft.

Der 2. Teil dient der quantitativen Erfassung der Symptomatik. Es handelt sich um eine Fremdbeurteilungsskala mit 10-Items. Sie stellt eines der meistgebrauchten Verfahren zur quantitativen Erfassung der Zwangssymptomatik dar.

Mit dem Instrument schätzen Behandler getrennt für Zwangsgedanken und Zwangshandlungen jeweils Zeitaufwand, Beeinträchtigung, Leidensdruck, Widerstand gegen und Kontrolle über die Zwangssymptomatik ein. Jedes Item wird auf einer Skala von 0 bis 4 Punkten bewertet. Es können so maximal 20 Punkte für Zwangsgedanken bzw. Zwangshandlungen erreicht werden. Beide bilden einen Summenscore von maximal 40.

Die Interraterreliabilität der Skala liegt hoch. Für die interne Konsistenz werden Werte zwischen 0,69 und 0,91 (Cronbach's α) berichtet. Analog zur beschriebenen Fremdbeurteilungsskala kommt die Y-BOCS auch als Selbstbeurteilungsinstrument zum Einsatz. Selbst- und Fremdbeurteilung zeigen mit Intra-Klassen-Korrelationen zwischen 0,83 und 0,93 ein hohes Maß an Übereinstimmung (vgl.: Schaible et al. 2001).

Beck-Depressions-Inventar

Das BDI ist ein Selbstbeurteilungsinstrument zur Beurteilung des Schweregrades einer Depression. Es wurde 1961 publiziert, und es ist eines der am meisten ver-

wendeten und am besten untersuchten Meßinstrumente für depressive Symptome. Eine deutsche Fassung wurde erstmals 1968 vorgestellt. Die vorliegende Arbeit verwendet eine neuere Version von Hautzinger et al. (1995).

Das BDI hat 21 Items. Es erfaßt die unterschiedlichen Symptome der Depression, die jeweils auf einer Skala von 0 bis 3 Punkten bewertet werden. Aus den Items wird ein Summenscore von maximal 63 gebildet.

In der Bewertung gelten Summenwerte <11 als unauffällig, Werte zwischen 11 und 17 bedeuten eine mäßige Ausprägung depressiver Symptome, und klinisch relevante Symptome einer Depression werden bei Werten >18 angenommen. Mittelwerte für Stichproben aus depressiven Patienten liegen etwa bei 23, in einigen Stichproben auch höher, mit einer Standardabweichung von etwa 10 Punkten.

Für die Konsistenz des Fragebogens werden Werte zwischen 0,79 und 0,92 angegeben.

Die Validität des BDI wurde durch Korrelationen mit anderen Depressionsmeßinstrumenten vielfach nachgewiesen. Dabei liegen Korrelationen mit anderen Selbstbeurteilungsinstrumenten für Depression höher als bei Fremdbeurteilungsinstrumenten. Im deutschen Testhandbuch sind beispielsweise Korrelationen mit der Hamilton Depressions-Skala, einem Fremdbeurteilungsinstrument (s. u.), zwischen 0,34 und 0,37 angegeben.

Therapieeinflüsse werden bei Messungen mit dem BDI gut abgebildet. Dies zeigt sich in einer stetigen Abnahme der Korrelationen zwischen Wiederholungsmessungen und Eingangs-BDI mit der Behandlungsdauer.

Hamilton Depressions-Skala

Die 1960 erstmals publizierte HAMD ist ein Fremdbeurteilungsinstrument mit 21 Items zur Einschätzung des Schweregrades einer Depression. Bei 17 der 21 Items sind die Symptomschweregrade operational definiert. Die Schweregradeinschätzung erfolgt aufgrund beschriebener gestischer, mimischer, stimmlicher, inhaltlicher oder sonstiger Auffälligkeiten. Bei den übrigen Items erfolgt eine Schweregradeinteilung des Symptoms.

Bei neun Items ist je eine fünfstufige Skala (0 bis 4) vorgegeben, bei einem Item eine vierstufige (0 bis 3) und bei den restlichen Items eine dreistufige (0 bis 2). Der theoretische maximale Summenwert beträgt 61.

Ein Vergleich der Ausprägungsgrade verschiedener Symptome untereinander ist durch die unterschiedliche Bewertung der einzelnen Symptome nicht möglich.

Mittelwerte für Stichproben depressiver Patienten liegen bei 23 bis 28 mit Standardabweichungen bis etwa 11 Punkte.

Zur Reliabilität des Tests werden interne Konsistenzen von 0,72 bis 0,91 berichtet. Die HAMD gilt als valides und änderungssensitives Meßinstrument. Ab einer Veränderung von 6 Punkten kann von einer signifikanten Änderung ausgegangen werden.

Symptomcheckliste von Derogatis

Die SCL-90-R ist ein Selbstbeurteilungsinstrument mit 90 Items. Auf neun Skalen zu je 10 Items soll dabei ein breites Spektrum der Psychopathologie erfaßt werden. Die Skalen sind Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität/Feindseligkeit, Phobische Angst, Paranoides Denken und Psychotizismus. Jedes Item/Symptom ist bezüglich seines Auftretens in den letzten sieben Tagen auf einer fünfstufigen Skala (0 = überhaupt nicht bis 4 = sehr stark) zu bewerten. Es werden Skalenmittelwerte gebildet. Der Mittelwert über alle Skalen bildet den „global severity index“, GSI. In dieser Arbeit wird er als Gesamtsymptomindex bezeichnet. Interne Konsistenzen sind je nach Stichprobe und auch für die einzelnen Skalen unterschiedlich. Sie werden für klinische Stichproben mit mindestens 0,79 (Phobische Angst) und maximal 0,89 (Depressivität) angegeben.

NEO-Fünf-Faktoren-Inventar

Theoretischer Hintergrund und Skalen des NEO-FFI wurden bereits in Kapitel 2.2 beschrieben.

Das NEO-FFI ist ein Selbstbeurteilungsinstrument mit 60 Items. Auf einer fünfstufigen Skala ist jeweils mit „starke Ablehnung“ bis „starke Zustimmung“ zu bewerten. In der Auswertung werden den Items jeweils 0 bis 4 Punkte zugeordnet. Als maximaler Summenwert ergibt sich also 240. Die Fünf Dimensionen werden jeweils mit 12 Fragen erfaßt.

Die internen Konsistenzen der einzelnen Skalen liegen zwischen 0,71 und 0,85.

Temperament- und Charakter-Inventar

Eine Einführung in das dem TCI zugrundeliegende Modell und eine Vorstellung des der Dimensionen erfolgte in Kapitel 2.3.

Das TCI ist ein Selbstbeurteilungsinstrument und umfaßt 240 Items, die mit Ja oder Nein zu beantworten sind. Die Skalen des TCI sind mit unterschiedlich vielen Items (8 bis 44) besetzt. Die internen Konsistenzen für die Skalen differieren: für Beharrungsvermögen 0,54, für Neugierverhalten 0,83.

Die deutschen Normwerte wurden an einer Stichprobe aus Mecklenburg-Vorpommern erhoben. Es handelte sich um 509 gesunde Probanden. Die interne Konsistenz lag für die einzelnen Skalen zwischen 0,54 und 0,83.

5.3 Statistische Auswertung

5.3.1 Effektivität der Therapie

Die prinzipielle Wirksamkeit der Therapiemethode wurde aus der Literatur abgeleitet. Die Effekte der Therapie werden mit Prä-Post-Vergleichen in Form von Effektstärken (ES) und t-Tests erfaßt.

In der Literatur zur Therapieforschung, besonders auch in Metaanalysen, hat sich die Angabe von ES als Maß für Unterschiede sowohl bei Meßwiederholungen als auch bei Intergruppenvergleichen als praktikabel erwiesen. Für die Berechnung von Effektstärken existieren mehrere Formeln. In der vorliegenden Arbeit wird die klassische Form (1) verwendet: Effektstärke ist der Quotient aus Mittelwertsdifferenz und gepoolter Standardabweichung (2) (vgl.: Nachtigall und Wirtz 2002).

$$(1) \quad ES = \frac{\bar{x}_A - \bar{x}_B}{\hat{\sigma}_{pooled}}$$

Dabei wird die gepoolte Standardabweichung nach Formel 2 ermittelt:

$$(2) \quad \hat{\sigma}_{pooled} = \sqrt{\frac{(n_A - 1) \cdot \hat{\sigma}_A^2 + (n_B - 1) \cdot \hat{\sigma}_B^2}{(n_A - 1) + (n_B - 1)}}$$

Die Effektstärke gibt an, um wie viele Standardabweichungen sich die beiden Mittelwerte voneinander unterscheiden. Nach Cohen (1988) hat sich durchgesetzt, ES um 0,5 als mittelstark und um 0,8 als stark einzustufen. Abramowitz weist in

seiner Metanalyse von 1997 aber darauf hin, daß ES innerhalb einer Gruppe aufgrund kleinerer Varianz im Zähler in der Regel zu deutlich höheren ES führen als Intergruppenvergleiche.

Alternativ bzw. ergänzend können Mittelwertsvergleiche mit dem t-Test durchgeführt werden. Der t-Test wird zur statistischen Entscheidung über die Signifikanz von Unterschieden herangezogen. Die statistische Entscheidung wird anhand einer Prüfgröße bei festgelegter Irrtumswahrscheinlichkeit α getroffen.

In die Berechnung der Effektstärken fließen alle verfügbaren Daten ein, um den Informationsverlust möglichst gering zu halten. Als notwendige Voraussetzung muß dabei angenommen werden, daß Fehlwerte („Missings“) nicht systematisch entstanden sind. Im Gegensatz dazu werden in dieser Arbeit die t-Tests mit gepaarten Daten aus Prä- und Post-Werten gerechnet.

Da es Unterschiede in der Behandlung von Patienten insbesondere auch in der Pharmakotherapie gibt, erfolgt eine vergleichende Betrachtung der Medikationssubgruppen. Einerseits soll festgestellt werden, ob sich die Gruppen initial unterscheiden, andererseits interessiert die Frage, ob aus der unterschiedlichen Pharmakotherapie beobachtbare Unterschiede in den Therapieeffekten resultieren.

Um Hinweise auf systematische Unterschiede in der Symptomatik zu Therapiebeginn zu ermitteln, werden die Gruppen in ihren Ausgangswerten auf Symptomskalen mit einer Varianzanalyse (ANOVA) verglichen. Anschließend können Prä-Postvergleiche für Symptomskalen, berechnet als Effektstärken, Aufschluß darüber geben, ob gravierende Unterschiede in den Therapieeffekten vorliegen. Finden sich Unterschiede in Therapieeffekten für Medikationssubgruppen, so werden die entsprechenden Skalen mittels einfaktorieller ANOVA darauf geprüft, ob ein signifikanter Unterschied zwischen den Medikationssubgruppen vorliegt.

5.3.2 Prädiktoren des Therapieerfolges

Der Begriff des Therapieerfolges bedarf der Definition. Grundsätzlich kann diese unterschiedlich gewählt werden. Für die Verhaltenstherapie, bei der die symptomorientierte Behandlung im Mittelpunkt steht, ist auch die symptomorientierte Erfolgsbeurteilung sinnvoll. Spezifische Symptome stehen dabei im Mittelpunkt,

doch verdienen andere, weniger spezifische Symptome wie beispielsweise Depressivität ebenfalls Beachtung.

Zur Beschreibung des Therapieerfolges sind in der Literatur verschiedene Ansätze zu finden. Grundsätzlich kann unterschieden werden, ob Therapieerfolg als dimensionale oder kategoriale Variable in die statistische Auswertung wissenschaftlicher Arbeiten einbezogen wird.

Die Festlegung von Kriterien für Therapieerfolg ist mehr oder weniger willkürlich. Für die Behandlung der Zwangsstörung wird nach Foa (1983) als Erfolgskriterium häufig eine Reduktion der spezifischen Symptomatik herangezogen. Eine Konvention existiert nicht, es finden sich Änderungen um 30, 33 oder 35% in verschiedenen Studien. Ein stringenteres Vorgehen nach Jacobson et al. (1984) legt für Therapieerfolg 2 Kriterien fest: Die Probanden müssen nach der Therapie im Erfolgsmaß eher einer Normstichprobe als einer Patientenstichprobe entsprechen, und zweitens muß eine reliable klinische Besserung der Symptomatik eingetreten sein (vgl.: Kohls et al. 2002). Therapieerfolg, aufgefaßt als kategoriales Maß, wäre demnach geeignet, eine Entscheidung darüber zu treffen, welche Patienten eine Behandlung erfolgreich durchlaufen und welche nicht.

In der vorliegenden Studie wurde Therapieerfolg als Dimension behandelt, d.h. es geht um Maße für die Veränderung in Symptom- bzw. Persönlichkeitsskalen. Auf ein Kriterium für Erfolg wurde verzichtet, da die Beobachtung des Zusammenhanges verschiedener Variablen von größerem Interesse war als die Bedingungen, unter denen ein Erfolgskriterium erfüllt wird.

Als Prädiktorfunktion von Variablen werden deren statistische Zusammenhänge mit Erfolgsmaßen aufgefaßt. Für die Beobachtung solcher Zusammenhänge sind Regressionsanalysen geeignete Verfahren. Werden mehrere unabhängige Variablen in eine Analyse einbezogen verwendet man multiple Regressionen. Es existieren mehrere Formen multipler Regressionen, die sich in der Methode der Einbeziehung bzw. des Ausschlusses der unabhängigen Variablen unterscheiden.

Zur Ermittlung von Prädiktoren wird die schrittweise multiple Regression benutzt. Bei der Erstellung eines Regressionsmodells kombiniert sie die Methoden des Einschlusses und des Ausschlusses von Variablen. Sie wählt Variablen mit starker Varianzaufklärung bzw. signifikantem Zuwachs an Varianzaufklärung für ein

Modell aus und entfernt Variablen aus dem Modell, wenn dadurch die Varianzaufklärung nicht signifikant schlechter wird. Dieses Verfahren wird vielerseits als explorativ angesehen. Dieser Auffassung folgend müßte eine konfirmatorische Überprüfung der Ergebnisse an einer anderen Stichprobe erfolgen.

Spezifische Hypothesen werden mittels multiplen Regressionen mit der Standardmethode „Einschluß von Variablen“ geprüft.

5.3.3 Beschreibung von Persönlichkeitseigenschaften und ihres statistischen Zusammenhanges mit Symptomskalen

Die Darstellung der Persönlichkeitseigenschaften von Patienten mit Zwangsstörung erfolgt durch einen Vergleich der Patientengruppe mit den Eichstichproben der verwendeten Tests. Als statistische Verfahren dienen die Berechnung von Effektstärken und von t-Tests für gepaarte Daten (vgl. 5.3.1).

Ob bestimmte Persönlichkeitseigenschaften einen (linearen) statistischen Zusammenhang mit der Symptomausprägung aufweisen wird mit Produkt-Moment-Korrelationen (Pearson) untersucht.

Veränderungen in Persönlichkeitsskalen unter der Therapie werden wiederum mit Prä-Post-Vergleichen in Form von ES und t-Tests beobachtet.

Die Untersuchung auf (lineare) statistische Zusammenhänge von Veränderungen auf Symptom- bzw. Persönlichkeitsskalen erfolgt wiederum mit Produkt-Moment-Korrelationen. Dabei wird in zwei Ansätzen zum einen mit absoluten, zum zweiten mit relativen Veränderungen im Vergleich zum Ausgangswert geprüft.

5.3.4 Prädiktorfunktion von Persönlichkeitseigenschaften für den Therapieerfolg

Die Untersuchung auf eine statistische Abhängigkeit von Therapieerfolgsmaßen von Persönlichkeitseigenschaften wird mit schrittweisen multiplen Regressionen durchgeführt (vgl. 5.3.2). Hier erfolgt eine Beschränkung auf Erfolgsmaße aus der störungsspezifischen Symptomatik als abhängige Variablen und die Persönlichkeitsvariablen jeweils eines Persönlichkeitskonstruktes als unabhängige Variablen.

Abschließend ist ein Vergleich der Varianzaufklärung der Therapieerfolgsmaße durch die einzelnen Persönlichkeitsmerkmale möglich.

6 Ergebnisse und Diskussion

6.1 Studienergebnisse

Die Präsentation der Studienergebnisse folgt den Hypothesen aus Kapitel 4. Die statistische Auswertung der Daten wurde mit SPSS Version 12.0 durchgeführt. Für statistische Prüfung auf Unterschiede wurde ein α -Fehler von 0,05 festgelegt. Wo erforderlich wurde die Irrtumswahrscheinlichkeit für multiples Testen nach Bonferroni korrigiert.

6.1.1 Effektivität der Therapie

Die Überprüfung der Effektivität der Therapie in der vorliegenden Studie stellt eine Voraussetzung für die Beantwortung der zentralen Fragestellung nach der Vorhersagbarkeit des Therapieerfolges aus Persönlichkeitsvariablen dar.

Der Nachweis der Effektivität erfolgt durch die Bestimmung von Effektstärken (ES) für Prä-Post-Vergleiche von Symptomskalen (vgl. 4.1) und t-Tests. Die Ergebnisse sind in Tabelle 6.1 wiedergegeben. Während die ES alle verfügbaren Daten einschließen, wurden die t-Tests nur für gepaarte Daten gerechnet.

Tab. 6.1 Prä-Post-Vergleiche der Symptomskalen

	Prätest		Posttest		t	df	p ¹⁾	ES
	M	SD	M	SD				
Y-BOCS	26,49	5,64	12,32	6,01	12,766	113	,000	2,44
BDI	18,58	9,42	8,71	8,76	18,048	66	,000	1,08
HAMD	15,55	6,23	8,17	5,07	12,754	114	,000	1,30
SCL-Somatisierung	0,74	0,62	0,45	0,45	8,061	50	,000	0,53
SCL-Zwanghaftigkeit	1,80	0,86	0,80	0,63	5,901	113	,000	1,31
SCL-soz. Unsicherh.	1,27	0,85	0,66	0,57	14,685	113	,000	0,83
SCL-Depressivität	1,56	0,86	0,74	0,62	9,129	113	,000	1,08
SCL-Änstlichkeit	1,29	0,79	0,64	0,50	11,162	113	,000	0,96
SCL-Aggressivität	0,80	0,65	0,41	0,50	10,138	113	,000	0,67
SCL-Phob. Angst	0,82	0,82	0,27	0,36	6,776	113	,000	0,86
SCL-Paranoid. Denk.	0,94	0,72	0,52	0,53	8,936	113	,000	0,66
SCL-Psychotizismus	0,76	0,62	0,36	0,41	6,550	113	,000	0,75
SCL-GSI	1,19	0,62	0,58	0,43	7,770	113	,000	1,13

1) Bonferroni-adjustiertes $\alpha=0,004$

Die mittlere ES für Y-BOCS und SCL-Zwanghaftigkeit betrug 1,87, für die Depressionsskalen, BDI, HAMD und SCL-Depressivität 1,15. Die mittlere ES über alle verbleibenden Skalen war 0,96.

Um Unterschiede in den Medikationsgruppen beobachten zu können, wurden diese in Prätestdaten der Symptomskalen verglichen und es erfolgte eine Berechnung von ES für diese Subgruppen (Tab. 6.2).

Tab. 6.2 Effektstärken für Prä-Post-Vergleiche von Symptomskalen in den Medikations-subgruppen

	Medikationssubgruppen (n)			
	keine (29)	SRI (81)	SRI + NL (28)	andere (7)
Y-BOCS	2,42	2,49	2,71	1,95
BDI	1,08	1,19	0,85	1,01
HAMD	0,81	1,80	0,82	0,96
SCL-Somatisierung	0,26	0,58	0,57	0,65
SCL-Zwanghaftigkeit	1,30	1,25	1,52	1,45
SCL-soz. Unsicherh.	0,38	0,94	0,95	1,28
SCL-Depressivität	0,58	1,21	1,33	1,22
SCL-Änsthlichkeit	0,54	1,06	1,27	0,81
SCL-Aggressivität	0,37	0,75	0,74	0,65
SCL-Phob. Angst	0,58	0,90	1,14	1,50
SCL-Paranoid. Denk.	0,27	0,75	0,68	1,21
SCL-Psychotizismus	0,47	0,77	1,04	0,67
SCL-GSI	0,67	1,25	1,33	1,77

SRI – Serotonin Reuptake Inhibitor (serotonerge Medikation); NL - Neuroleptikum

Zur Entscheidung, ob unterschiedliche Effektstärken in den Gruppen mit Behandlungseffekten erklärt werden können, mußte geprüft werden, ob zu Behandlungsbeginn bereits Gruppenunterschiede feststellbar waren. Dies wurde mit einer ANOVA für alle Symptomskalen getan, und es fanden sich bei einem Bonferroni-korrigierten $\alpha=0,004$ keine signifikanten Unterschiede.

Bei Betrachtung der Medikations-Subgruppen fällt auf, daß eine Kombination von SRI und Neuroleptikum höhere ES in den spezifischen Symptomskalen Y-BOCS und SCL-Zwanghaftigkeit erreicht. Die relativen Änderungen dieser Skalen wurden mittels einfaktorieller ANOVA auf Gruppenunterschiede für die Medikamentensubgruppen untersucht. Es wurden keine signifikanten Unterschiede festgestellt.

6.1.2 Prädiktoren des Therapieerfolges

Das wichtigste Maß für den Therapieerfolg ist die Reduktion der Zwangssymptomatik. Die Untersuchung der Daten auf Prädiktoren des Therapieerfolges wurde mittels schrittweiser multipler Regression vorgenommen. Als abhängige Variable wurde jeweils ein Erfolgsmaß der störungsspezifischen Symptomatik aus Y-BOCS oder SCL-Zwanghaftigkeit, eingesetzt. Die Prätestwerte dieser beiden Skalen korrelieren mit ,325 ($p=,001$), die Posttestwerte mit ,377 ($p=,001$). Für beide Skalen wurden Regressionsanalysen zur Vorhersage des Posttestwertes, der absoluten und der relativen Änderung des Scores berechnet.

Als unabhängige Variablen wurden 4 Blöcke von Variablen eingegeben:

- Block 1: soziodemographische und krankheitsbezogene Daten (Alter, Geschlecht, Bildung, Berufsausbildung, Tätigkeit, Familienstand, Erkrankungsalter, Krankheitsdauer, Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung),
- Block 2: Medikationssubgruppen (keine Medikation, SRI (auch in Kombination, außer mit Neuroleptika), SRI +Neuroleptikum, andere),
- Block 3: Prätestwerte der Symptomskalen (Y-BOCS, BDI, HAMD, SCL-Skalen 1-9 und Gesamtsymptomindex) und
- Block 4: Skalen der Persönlichkeitsmeßinstrumente (NEO-FFI, TCI).

Die Ergebnisse der Regressionsanalysen sind in den Tabellen 6.3 bis 6.7 aufgeführt. Die β -Koeffizienten stellen Standardisierungen der B-Werte dar. Letztere geben den Anstieg der Regressionsgeraden an. R^2 beschreibt den Anteil der Varianzaufklärung durch das jeweilige Regressionsmodell. Der Gewinn an Varianzaufklärung bei Einbeziehung eines weiteren Prädiktors erscheint als ΔR^2 .

Für den Y-BOCS-Posttestwert als abhängige Variable erfolgt eine Varianzaufklärung von 14,6% durch den Prätestwert (Tab. 6.3).

Für die absolute Änderung in der Y-BOCS wird ein Modell mit 5 Prädiktoren (Tab. 6.4) errechnet: Y-BOCS, SCL-Ängstlichkeit, SCL-Psychotizismus, NEO-Gewissenhaftigkeit und TCI-Selbsttranszendenz. Die größte Varianzaufklärung mit ca. 25% gelingt durch den Y-BOCS-Prätestwert. Der Einfluß von Ängstlichkeit auf den Behandlungserfolg ist negativ.

Als interessantester Befund hebt sich der Zusammenhang von NEO-Offenheit und relativer Veränderung in der Y-BOCS ab (Tab. 6.5). Er erscheint inhaltlich plausibel.

Tab. 6.3 Ergebnisse der schrittweisen multiplen Regression, abh. Variable: Y-BOCS-Posttestwert (n=47)

	B	β	R ²	ΔR^2
Y-BOCS (prä)	,406	,382**	,146	,146

** p < ,01

Tab. 6.4 Ergebnisse der schrittweisen multiplen Regression, abh. Variable: Y-BOCS-Prä-Post-Differenz (n=47)

	B	β	R ²	ΔR^2
Schritt 1			,258	,258
Y-BOCS	,568	,508***		
Schritt 2			,319	,061
Y-BOCS	,639	,571***		
SCL-Ängstlichkeit	-2,032	-,255*		
Schritt 3			,421	,102
Y-BOCS	,623	,557***		
SCL-Ängstlichkeit	-4,326	-,542**		
SCL-Psychotizismus	4,392	,433**		
Schritt 4			,523	,102
Y-BOCS	,590	,527***		
SCL-Ängstlichkeit	-4,824	-,604***		
SCL-Psychotizismus	6,240	,615***		
NEO-Gewissenhaftigkeit	3,125	,351**		
Schritt 5			,571	,048
Y-BOCS	,581	,519***		
SCL-Ängstlichkeit	-4,841	-,606***		
SCL-Psychotizismus	5,524	,544**		
NEO-Gewissenhaftigkeit	3,117	,350**		
TCI-Selbsttranszendenz	,260	,231*		

***p < ,001; ** p < ,01; * p < ,05

Tab. 6.5 Ergebnisse der schrittweisen multiplen Regression, abh. Variable: Y-BOCS-relative Veränderung (n=47)

	B	β	R ²	ΔR^2
NEO-Offenheit	9,349	,319*	,102	,102

* p < ,05

Tab. 6.6 Ergebnisse der schrittweisen multiplen Regression, abh. Variable: SCL-Zwanghaftigkeit Posttestwert (n=52)

	B	β	R ²	ΔR^2
SCL-Zwanghaftigkeit (prä)	,399	,542***	,294	,294

***p < ,001

Tab. 6.7 Ergebnisse der schrittweisen multiplen Regression, abh. Variable: SCL-Zwanghaftigkeit Prä-Post-Differenz (n=52)

	B	β	R ²	ΔR^2
SCL-Zwanghaftigkeit (prä)	,552	,670***	,449	,449

*** p < ,001

Die relative Veränderung in der Y-BOCS als abhängige Variable (Tab. 6.5) liefert als einzige Prädiktorvariable Offenheit aus dem NEO-FFI mit einer Varianzaufklärung von ca. 10%.

Der Posttestwert und die absolute Veränderung von SCL-Zwanghaftigkeit als abhängige Variablen (Tab. 6.6 und 6.7) liefern als einzige Prädiktorvariable den Prätestwert mit Varianzaufklärungen von knapp 30 bzw. 45%.

Für die relative Änderung in SCL-Zwanghaftigkeit existiert kein signifikanter Prädiktor.

Für die Variablen, zu welchen in Kapitel 4.2 konkrete Hypothesen aufgestellt sind (Symptomschwere der Zwangsstörung, Depressivität, Erkrankungsalter, Krankheitsdauer), wurden zusätzlich Standard multiple Regressionen berechnet. Der Y-BOCS-Posttestwert wurde mit einer Varianzaufklärung von 20,8 % prädiziert und die absolute Veränderung der Y-BOCS mit 32,3%. Einziger signifikanter Prädiktor in beiden Modellen war der Prätestwert. Analog waren die Ergebnisse für den Posttestwert und die Prä-Post-Differenz von SCL-Zwanghaftigkeit mit Varianzaufklärungen von 30,8 bzw. 47,9 %. Einziger signifikanter Prädiktor war auch hier der Prätestwert. Die relativen Veränderungen der Skalen hatten keinen signifikanten Prädiktor.

Insgesamt zeigten sich also keine neuen Aspekte.

6.1.3 Persönlichkeitseigenschaften von Patienten mit Zwangsstörung

Scores der Persönlichkeitsskalen von Patienten mit Zwangsstörung wurden mit Normstichproben verglichen und Prä-Post-Vergleichen unterzogen. Für die Vergleiche mit Normstichproben wurden t-Tests für unabhängige Stichproben mit allen Prä- und Posttestwerten berechnet. Die Werte der Norm-Stichproben entstammen den Testmanualen. Für die Prä-Post-Vergleiche wurden Effektstärken (ES) für ungepaarte und t-Tests für gepaarte Daten berechnet.

Persönlichkeitsmerkmale im NEO-FFI

Der Vergleich der NEO-FFI-Skalen von Zwangspatienten mit der Normstichprobe ist in Tabelle 6.8 festgehalten. Im Vordergrund steht der Vergleich mit den Prätestwerten. Patienten mit Zwangsstörung zeigen einen höheren Neurotizismus als die Normstichprobe. Sie haben keine niedrigeren Werte für Extraversion als die Kontrollstichprobe.

Zusätzliche Befunde sind höhere Werte für Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit.

Die Korrelationen der Persönlichkeitsmerkmale mit Symptomskalen können in Tabelle 6.9 abgelesen werden. Erwartungsgemäß finden sich Korrelationen von Neurotizismus mit den meisten Symptomskalen; eine Ausnahme stellt „SCL - Phobische Angst“ dar. Bei der Zwangssymptomatik ist der Zusammenhang mit der Y-BOCS schwächer ($r=,265$; $n=92$), der mit der Zwanghaftigkeitsskala der SCL-90-R ($r=,408$; $n=129$) stärker ausgeprägt. Ebenfalls mittelstark ist die Korrelation mit Depressionsskalen mit einem Koeffizienten um 0,4.

Tab. 6.8 Vergleich des NEO-FFI von Zwangspatienten mit einer Normstichprobe

	Norm (n=2112)		Patienten (n=133)		t	Posttest		
	M	SD	M	SD		M	SD	t
Neurotizismus	1,84	0,7	3,13	0,76	20,43*	2,75	0,81	11,99*
Extraversion	2,36	0,57	2,36	0,70	0,03	2,69	0,60	5,30*
Offenheit	2,71	0,52	2,71	0,70	0,03	2,82	0,71	1,91
Verträglichkeit	2,44	0,49	3,01	0,58	12,79*	3,08	0,60	12,09*
Gewissenhaftigkeit	2,53	0,63	2,99	0,71	8,18*	3,20	0,61	9,90*

* zweiseitig signif. für Bonferroni-adjustiertes $\alpha=0,01$

Tab. 6.9 Korrelationen von NEO-FFI und Symptomskalen (Prätestwerte; $n=64$ bis 137)

	Neurotiz.	Extravers.	Offenheit	Verträgl.	Gewissenh.
Y-BOCS gesamt	,265*				
BDI	,454***	-,379***			-,306**
HAMD	,319**				
SCL-Somatisierung	,173*	-,306***			-,283**
SCL-Zwanghaftigkeit	,408***	-,249**			-,247**
SCL-soz. Unsicherh.	,393***	-,311***			-,246**
SCL-Depressivität	,444***	-,302***			-,232**
SCL-Änstlichkeit	,285**				
SCL-Aggressivität	,196*				
SCL-Phob. Angst		-,203*			
SCL-Paranoid. Denk.	,388***	-,214*			-,173*
SCL-Psychotizismus	,325***	-,391***		-,196*	-,383***
SCL-GSI	,464***	-,273**			-,214*

*** $p<,001$; ** $p<,01$; * $p<,05$; nur signif. Werte sind angegeben

Negative Zusammenhänge mit Symptomskalen bestehen für Extraversion und Gewissenhaftigkeit. Keine Hinweise auf Zusammenhänge mit Symptomskalen gibt es bei Offenheit und Verträglichkeit.

Die relative Stabilität der Skalen des NEO-FFI wurde durch Korrelationen der Prä- und Posttestwerte geprüft. Sie lagen zwischen ,76 und ,87 und waren auf einem α -Niveau von ,001 signifikant.

Im Prä-Post-Vergleich zeigten Neurotizismus und Extraversion deutliche Veränderungen, gemessen als ES für alle Daten und als t-Test für gepaarte Daten (Tab. 6.10, Abb. 6.1). Wie auch in Tab. 6.8 ablesbar, entsprach diese für Neurotizismus einer Tendenz zur Normalisierung. Extraversion, im Prätest nicht gemäß der Eysenckschen Annahme unter der Bevölkerungsnorm, zeigte unter der Therapie eine Zunahme. Hier entspricht nur die Änderungsrichtung einer möglichen Erwartung. Eine diesbezügliche Hypothese war aber nicht aufgestellt.

Tab. 6.10 Prä-Post-Vergleich für NEO-FFI

	Prätest (n=133)		Posttest (n=90)		ES	(n=87) t ¹⁾
	M	SD	M	SD		
Neurotizismus	3,13	0,76	2,75	0,81	0,48	8,037*
Extraversion	2,36	0,70	2,69	0,60	-0,49	-5,947*
Offenheit	2,71	0,70	2,82	0,71	-0,16	-,972
Verträglichkeit	3,01	0,58	3,08	0,60	-0,13	,162
Gewissenhaftigkeit	2,99	0,71	3,20	0,61	-0,31	-2,076

1) t-Test für gepaarte Stichproben; * signif. für Bonferroni-adjustiertes $\alpha=0,01$

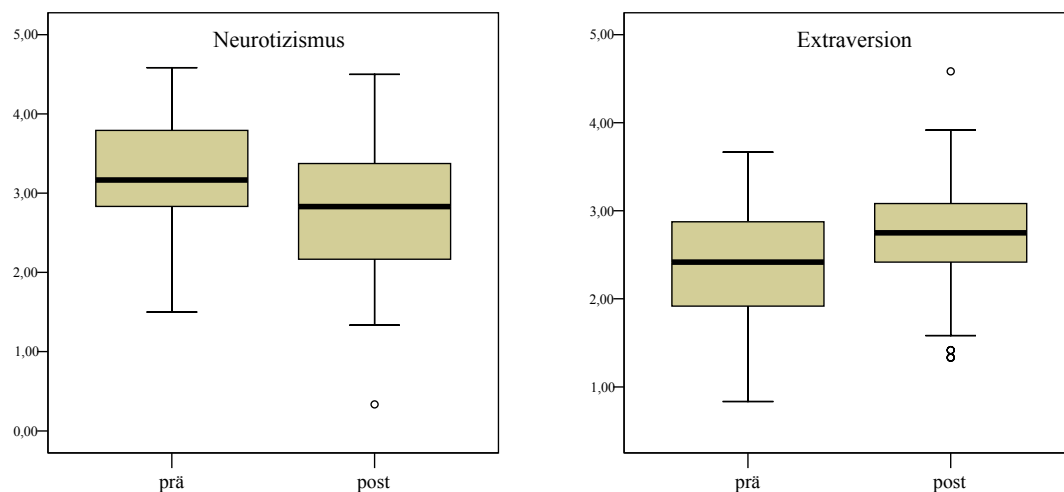


Abb. 6.1 Veränderungen von Neurotizismus und Extraversion unter der Therapie

Der Frage nach einem Zusammenhang von Änderungen in Persönlichkeitsskalen und relevanten Symptomskalen wurde mit Korrelationen von absoluten und relativen Veränderungsmaßen nachgegangen (Tab. 6.11 und 6.12). Für Zwangssymptomatik war kein bedeutsamer Zusammenhang mit Neurotizismus in den absolu-

ten Änderungen nachzuweisen, bei den relativen Änderungen zeigte sich eine schwache Korrelation von Neurotizismus mit SCL-Zwanghaftigkeit.

Eine mittelstarke Korrelation bestand zwischen absoluten Änderungen in Neurotizismus und BDI bzw. HAMD. Für relative Änderungen war nur eine signifikante Korrelation mit dem BDI zu verzeichnen.

Tab. 6.11 Korrelationen für Prä-Post-Differenzen von Neurotizismus, Extraversion und Symptomskalen

	n	Neurotizismus	Extraversion
Y-BOCS	54		
SCL-Zwanghaftigkeit	84		,315**
BDI	81	,335**	,282*
HAMD	48	,377**	

** $p < ,01$; * $p < ,05$; nur signif. Werte sind angegeben

Tab. 6.12 Korrelationen für relative Veränderungen von Neurotizismus, Extraversion¹⁾ und Symptomskalen

	n	Neurotizismus
Y-BOCS	54	
SCL-Zwanghaftigkeit	84	,239*
BDI	79	,249*
HAMD	48	

* $p < ,05$; nur signif. Werte sind angegeben; 1) keine sign. Korrelationen

Extraversion zeigt nur in den absoluten Veränderungen einen Zusammenhang mit Zwanghaftigkeit in der SCL, nicht aber mit der Y-BOCS. Auf niedrigerem Signifikanzniveau besteht eine schwache Korrelation zum BDI, nicht aber zur HAMD.

Persönlichkeitsmerkmale im TCI

Der Vergleich von Patienten mit Zwangsstörung mit der Bevölkerungsnorm ist in Tab. 6.13 wiedergegeben. Zunächst steht der Vergleich mit dem Prätestwert im Mittelpunkt. Nach Bonferroni-Korrektur des Signifikanzniveaus bilden sich signifikante Unterschiede in sämtlichen Skalen des TCI ab. Die höheren Werte für Schadensvermeidung und die niedrigeren Werte für Neugierverhalten und Selbstlenkungsfähigkeit entsprechen den unter 4.3.2 geäußerten Hypothesen.

Alle Veränderungen von Prätest zu Posttest zeigen einen Trend in Richtung Normalisierung. Gruppenunterschiede zwischen Patienten- und Normalstichprobe in Neugierverhalten, Belohnungsabhängigkeit und Kooperativität sind bei Messung zum Ende der Behandlung nicht mehr nachweisbar.

Tab. 6.13 Vergleich des TCI von Zwangspatienten mit einer Normstichprobe

	Norm (n=509)		Patienten (n=136)		t	Posttest		t
	M	SD	Prätest M	SD		M	SD	
Schadensvermeidung	16	6,1	24,85	5,62	15,28*	20,81	6,71	7,43*
Neugierverhalten	18,9	5,6	14,81	5,06	7,72*	17,28	6,06	2,73
Belohnungsabhängigkeit	15,5	3,6	16,73	3,55	3,54*	16,45	3,65	2,54
Beharrungsvermögen	4	1,8	4,89	1,71	5,18*	4,79	1,61	4,29*
Selbstlenkungsfähigkeit	32,5	6,7	24,22	8,01	12,26*	29,80	8,10	3,73*
Kooperativität	31,7	5,6	29,85	6,22	3,34*	30,52	6,28	1,98
Selbsttranszendenz	12,1	5,4	10,11	5,60	3,79*	9,36	5,75	4,82*

* zweiseitig signif. für Bonferroni-adjustiertes $\alpha=0,007$ **Tab. 6.14** Korrelationen von TCI und Symptomskalen¹⁾ (Prätestwerte; n=67 bis 129)

	SV	NV	BA	SL	K	ST
Y-BOCS			-,349**		-,264*	
BDI	,588***	-,229*		-,578***	-,215*	,181*
HAMD						
SCL-Somatisierg..	,310***			-,338***		,268**
SCL-Zwanghaft.	,458***			-,445***	-,183*	,210*
SCL- soz. Unsicherh.	,514***			-,560***	-,236**	,219*
SCL-Depressivität	,465***			-,546***	-,174*	
SCL-Ängstlichk.	,460***			-,484***		,223*
SCL-Aggressiv.	,266**			-,439***		,237**
SCL-Phob. Angst	,391***			-,330***		,199*
SCL-Paranoid. Denk.	,460***			-,522***	-,274**	,211*
SCL-Psychotiz.	,442***			-,547***		,318***
SCL-GSI	,536***			-,579***	-,199*	,253**

*** p<,001; ** p<,01; * p<,05; nur signif. Werte sind angegeben; 1) keine signif. Korrelationen für Beharrungsvermögen

Korrelationen des TCI mit Symptomskalen zeigt Tabelle 6.14. Schadensvermeidung (SV) und Selbstlenkungsfähigkeit (SL) scheinen starke Zusammenhänge mit Symptomskalen insgesamt aufzuweisen. In geringerem Ausmaß gilt dies für Kooperativität (K) und Selbsttranszendenz (ST). Neugierverhalten (NV) korreliert lediglich schwach mit dem BDI, Belohnungsabhängigkeit (BA) nur mit der Y-BOCS. Für die Skala Beharrungsvermögen (BV) gab es keine signifikanten Korrelationen. Bei der Korrelation der Prä- und Posttestwerte des TCI werden Koeffizienten zwischen ,58 (SV) und ,71 (NV) erreicht.

Im Prä-Post-Vergleich der TCI-Skalen lassen sich mittelstarke Effekte für Abnahme von Schadensvermeidung sowie Zunahme von Neugierverhalten und von Selbstlenkungsfähigkeit errechnen (Tab. 6.15, Abb. 6.2).

Tab. 6.15 Prä-Post-Vergleich für TCI

	Prätest (n=136)		Posttest (n=113)		ES	(n=111) t ¹⁾
	M	SD	M	SD		
Schadensvermeidung	24,85	5,62	20,81	6,71	0,66	7,971*
Neugierverhalten	14,81	5,06	17,28	6,06	-0,45	-7,142*
Belohnungsabhängigkeit	16,73	3,55	16,45	3,65	0,08	1,614
Beharrungsvermögen	4,89	1,71	4,79	1,61	0,06	,842
Selbstlenkungsfähigkeit	24,22	8,01	29,80	8,10	-0,69	-8,251*
Kooperativität	29,85	6,22	30,52	6,28	-0,11	-,604
Selbsttranszendenz	10,11	5,60	9,36	5,75	0,13	1,260

1) t-Test für gepaarte Stichproben; * signif. für Bonferroni-adjustiertes $\alpha=0,01$

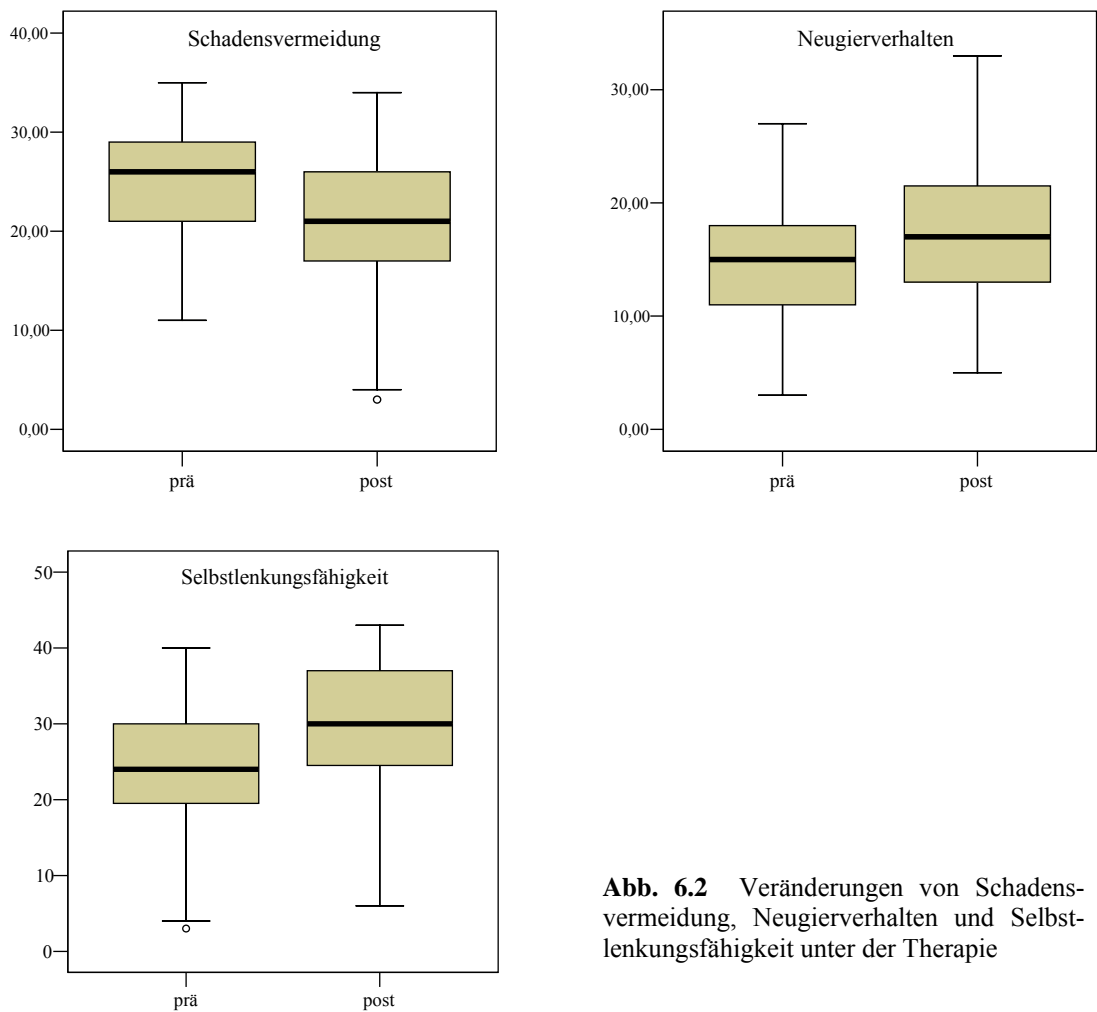


Abb. 6.2 Veränderungen von Schadensvermeidung, Neugierverhalten und Selbstlenkungsfähigkeit unter der Therapie

Analog zum NEO-FFI wurde mit Korrelationen auf einen Zusammenhang zwischen Änderungsmaßen von Persönlichkeits- und relevanten Symptomskalen untersucht.

Bei den Prä-Post-Differenzen (Tab. 6.16) zeigten sich für SV und SL Zusammenhänge mit SCL-Zwanghaftigkeit, nicht aber mit der Y-BOCS. Beide Skalen korrelierten auch mit BDI und HAMD. Bei Prä-Post-Differenzen bestanden keine Zusammenhänge von NV mit den vier Symptomskalen.

Für die relativen Veränderungen (Tab. 6.17) werden Korrelationen von SV mit SCL-Zwanghaftigkeit und BDI sowie von NV mit SCL-Zwanghaftigkeit signifikant. Hier bestanden keine Zusammenhänge von SL mit den vier Symptomskalen.

Tab. 6.16 Korrelationen für Prä-Post-Differenzen von Schadensvermeidung, Neugierverhalten¹⁾, Selbstlenkungsfähigkeit und Symptomskalen

	n	SV	SL
Y-BOCS	62		
SCL-Zwangh.	104	,362***	-,287**
BDI	100	,389***	-,423***
HAMD	46	,294*	-,533***

*** p < ,001; * p < ,05; nur signif. Werte sind angegeben; 1) keine sign. Korrelation

Tab. 6.17 Korrelationen für relative Änderungen in Schadensvermeidung, Neugierverhalten, Selbstlenkungsfähigkeit¹⁾ und Symptomskalen

	n	SV	NV
Y-BOCS	62		
SCL-Zwangh.	104	,360***	-,241*
BDI	99	,365***	
HAMD	46		

*** p < ,001; * p < ,05; nur signif. Werte sind angegeben; 1) keine sign. Korrelation

6.1.4 Prädiktion des Therapieerfolges aus Persönlichkeitsvariablen

Der Einfluß von Persönlichkeitseigenschaften auf den Therapieerfolg bei der Behandlung der Zwangsstörung wurde mit schrittweisen multiplen Regressionen von Persönlichkeitskalen auf Therapieerfolgsmaße erkundet. Als Erfolgsmaße dienten wiederum Postwerte, Prä-Post-Differenzen und relative Änderungen von Y-BOCS und SCL-Zwanghaftigkeit. Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt getrennt für die beiden Persönlichkeitsmeßinstrumente und dort jeweils nacheinander für alle Maße aus der Y-BOCS und alle Maße aus SCL-Zwanghaftigkeit.

Prädiktion durch Skalen des NEO-FFI

Der NEO-FFI zum Beginn der Behandlung weist keinen Zusammenhang mit der Y-BOCS zum Ende der Therapie auf; es konnte kein entsprechendes Regressionsmodell berechnet werden.

Bei der Prä-Post-Differenz der Y-BOCS gelingt eine Varianzaufklärung von 11 % durch die Skala „Offenheit für neue Erfahrungen“ ($\beta=,332$; $T=2,79$; $p=,007$).

Bei den relativen Veränderungen ist Offenheit mit 10,2 % an der Varianzaufklärung beteiligt ($\beta=,319$; $T=2,67$; $p=,01$).

Der Posttestwert von SCL-Zwanghaftigkeit wird von Gewissenhaftigkeit und Neurotizismus mit einer gemeinsamen Varianzaufklärung von 14,8 % vorhergesagt (Tab.6.18). Dabei ist der Zusammenhang mit Gewissenhaftigkeit negativ, mit Neurotizismus aber positiv.

Tab.6.18 Vorhersage des Posttestwertes von SCL-Zwanghaftigkeit

	B	β	R^2	ΔR^2
Schritt 1			,112	,112
Gewissenhaftigkeit	-,297	-,334***		
Schritt 2			,148	,052
Gewissenhaftigkeit	-,348	-,391***		
Neurotizismus	,192	,232*		

*** $p < ,001$; * $p < ,05$

Die Prä-Post-Differenz von SCL-Zwanghaftigkeit wird durch Neurotizismus prädiziert. Die Varianzaufklärung beträgt 10,1% ($\beta=,318$; $T=3,49$; $p=,001$).

Relative Änderungen in SCL-Zwanghaftigkeit wird von Verträglichkeit mit 4,8% Varianzaufklärung vorhergesagt ($\beta=,219$; $T=2,33$; $p=,022$).

Prädiktion durch Skalen des TCI

Der Posttestwert von Y-BOCS wird durch Neugierverhalten vorhergesagt ($\beta=,242$; $T=2,30$; $p=,024$). Beide korrelieren negativ. Die Varianzaufklärung beträgt 5,9 %.

Die Prä-Post-Differenz von Y-BOCS wird durch Selbsttranszendenz prädiziert ($\beta=,279$; $T=2,34$; $p=,022$). ST erklärt 7,8 % der Varianz.

Für die relative Änderung in der Y-BOCS konnte kein Modell berechnet werden. Es gibt keinen signifikanten Prädiktor.

Der Posttestwert von SCL-Zwanghaftigkeit wird durch Selbstlenkungsfähigkeit vorhergesagt ($\beta = -,337$; $T = 3,81$; $p < ,000$). Die Varianzaufklärung liegt bei 11,4 %. Die Prä-Post-Differenz von SCL-Zwanghaftigkeit wird durch Schadensvermeidung vorhergesagt ($\beta = ,334$; $T = 3,68$; $p < ,000$). Die Varianzaufklärung beträgt 11,2 %.

Für die relative Änderung von SCL-Zwanghaftigkeit existiert bei der schrittweisen Regression kein signifikanter Prädiktor.

Eine Zusammenfassung der Untersuchung von Persönlichkeitsvariablen auf ihre Prädiktorfunktion gibt Tab. 6.19. Die Befunde zeigen bezüglich der beiden Symptomskalen, aus denen die abhängigen Variablen gebildet werden, nur wenig Übereinstimmung. Die Korrelation beider Symptomskalen lag, wie bereits erwähnt, bei ,325 und ,377 für Prä- bzw. Posttests.

Tab. 6.19 Prädiktorfunktionen von Persönlichkeitsvariablen für Therapieerfolgsmaße im Überblick (β -Gewichte der Regressionsanalysen)

	Y-BOCS			SCL-Zwanghaftigkeit		
	post	abs. Änd.	rel. Änd.	post	abs. Änd.	rel. Änd.
Neurotizismus				,232*	,318**	
Extraversion						
Offenheit		,332**	,319*			
Verträglichkeit						,219*
Gewissenhaftigkeit				-,391***		
SV					,334***	
NV	-,242*					
BA						
BV						
SL				-,337***		
K						
ST		,279*				

*** $p < ,001$; ** $p < ,01$ * $p < ,05$; nur signif. Werte sind angegeben

Über die Korrelationen von NEO-FFI- und TCI-Skalen miteinander gibt Tab. 6.20 Auskunft. Am stärksten sind die Korrelationen zwischen Neurotizismus und SV sowie zwischen Gewissenhaftigkeit und SL ausgeprägt. Diese spiegeln sich in den Prädiktorfunktionen beider Variablen für den Posttestwert bzw. die Prä-Post-Differenz von SCL-Zwanghaftigkeit (Tab. 6.19) wider.

Tab. 6.20 Korrelationen zwischen den Persönlichkeitsskalen (Prätestwerte)

	Neurotizismus	Extraversion	Offenheit	Verträglichk.	Gewissenh.
SV	,418**	-,376**			-,243**
NV					
BA					
BV					,341**
SL	-,351**	,350**			,443**
K		,196**		,285**	,181**
ST					

** p < ,01 * p < ,05; nur signif. Werte sind angegeben

6.2 Diskussion

6.2.1 Anmerkungen zu Stichprobe und Studiendesign

Die Charakteristika der Stichprobe sind vergleichbar mit denen anderer Studien. In den soziodemografischen Daten stellt einzig die hohe Anzahl Arbeitsloser eine Auffälligkeit dar. Daß darauf auch die Zwangsstörung einen Einfluß hat, darf vermutet werden, da die Erkrankung chronisch ist und die Betroffenen in der Regel durch die Erkrankung in ihrer Leistungsfähigkeit deutlich eingeschränkt sind. Von einer stationär behandelten Stichprobe ist anzunehmen, daß sie eher die schwereren, therapieresistenteren oder auch stärker komorbiden Patienten enthält. Auch wenn hier der Beweis dieser Annahmen nicht angetreten werden kann, stehen die Beschreibung der Stichprobe (vgl. Abschn. 5.1) und die Symptomschwere mit einem mittleren Y-BOCS-Präwert von 26,5 (SD: 5,6) nicht im Widerspruch dazu. Eine Konvention zur Schweregradeinteilung der Zwangsstörung, etwa anhand des Y-BOCS-Scores, existiert bislang nicht. Wie bereits in Abschnitt. 1.2.3 ausgeführt, sind die Angaben zur Komorbidität in verschiedenen Studien sehr heterogen. In wichtigen Befunden, wie z.B. einer Häufung von komorbiden depressiven Syndromen oder Persönlichkeitsstörungen, ist die Stichprobe solchen aus der Literatur ähnlich.

Die vorliegende Arbeit untersucht wissenschaftliche Fragestellungen an einem naturalistischen Studiendesign. Die untersuchte Stichprobe ist eine tatsächlich in der klinischen Praxis angefallene und keine ad hoc rekrutierte. Auf Ein- und Ausschlusskriterien außer der Hauptdiagnose wurde soweit wie nur möglich verzichtet.

Die Vorteile eines solchen Herangehens liegen in einer realistischen Abbildung der klinischen Realität. Die gewonnenen Ergebnisse stehen in unmittelbarem Zusammenhang mit der Behandlungspraxis. Dabei unterliegt das gewonnene Datenmaterial Störeinflüssen, wie sie im Behandlungsalltag trotz allen Bemühens um exaktes Vorgehen zu erwarten sind. Die getroffenen Aussagen zur Effektivität und Prädiktion des Behandlungserfolges sind in diesem Sinne realistisch.

Das vorliegende Ein-Stichproben-Design weist auch Nachteile auf. Dazu müssen natürlich die fehlenden Kontrollen und fehlende Verblindung gerechnet werden. Die Untersuchung ohne Vergleichsgruppe bleibt streng genommen den Beweis

schuldig, ob es sich bei gemessenen Veränderungen tatsächlich um spezifische Treatment-Effekte handelt. Aus Ergebnissen anderer Studien kann eine Wirksamkeit der Behandlungsmethode aber angenommen werden. Die Zufälligkeit der beobachteten Veränderungen liegt auch deshalb nicht nahe, weil unter den einzelnen Variablen diejenigen die stärkeren Veränderungen zeigen, die störungsspezifischere Symptome kodieren (vgl. Tab. 6.1).

Die Aussagefähigkeit der Studie wird durch fehlende Daten („Missings“) beeinträchtigt. Deutlich wird dies besonders dann, wenn mit gepaarten Daten aus Prä- und Posttest gerechnet wird und die Fallzahlen im Extremfall bis auf 1/3 der Gesamtstichprobe zusammenschmelzen. In die Berechnung von ES dagegen werden alle Prä- bzw. Postwerte einbezogen, so daß Informationsverluste möglichst gering gehalten werden. Zu rechtfertigen ist dies mit der Annahme, daß Fehlwerte nicht systematisch entstehen, sondern zufällig.

Eine Aufweitung der zeitlichen Grenzen zur Einbeziehung von Daten als Prä- bzw. Posttestwerte (vgl. Abschn. 5.2) und somit zur Verbesserung der Datenvollständigkeit erschien inhaltlich nicht sinnvoll. Bei der Abwägung dieser Frage spielen die Dauern der einzelnen Therapiephasen (Abschn. 5.1.1) eine wichtige Rolle.

6.2.2 Betrachtung der Studienergebnisse

Effektivität der Therapie

Auch unter Berücksichtigung der kritischen Betrachtung von ES bei Intragruppenvergleichen (Abramowitz, 1997) sind die errechneten Effektstärken als stark bis sehr stark zu beurteilen. ES und t-Tests zeigen eine besonders starke Veränderung in Skalen, die Zwangssymptome, Depressivität oder verschiedene Facetten von Angstsymptomen kodieren. Erwartungsgemäß kann von einer effektiven Therapie ausgegangen werden.

Bei der Prüfung der Untergruppen mit unterschiedlicher Medikation konnten keine statistisch signifikanten Unterschiede in Symptomskalen ausgemacht werden. Dies wäre bei einer bei Verordnung der Pharmaka nach strengen Indikationskriterien und/oder bei genauerer Operationalisierung der Subgruppenzuordnung zu erwarten gewesen. Wie aber bereits in Abschnitt 5.1.2 erwähnt war die vorliegende Studie nicht darauf ausgerichtet, Wirksamkeit einer Pharmakotherapie unter

bestimmter Indikation zu untersuchen. Es wird vielmehr eine post-hoc-Betrachtung vorgenommen.

Bei diesen Einschränkungen fällt dennoch die Tendenz zu relativ großen ES in der Gruppe „SRI + Neuroleptikum“ bei Symptomskalen auf, die Zwanghaftigkeit, Depressivität und Ängstlichkeit beschreiben. Statistisch signifikant wird dieser Unterschied aber nicht. Auch wenn dies nicht operationalisiert und nicht erfaßt wurde, kann man davon auszugehen, daß die Medikationssubgruppen sich in Merkmalen unterscheiden, die eine bestimmte Pharmakotherapie indizieren, daß sie also gleichzeitig auch als Indikationssubgruppen zu verstehen sind. Und so darf aus dem Befund nicht der Schluß gezogen werden, daß Neuroleptika die Behandlung der Zwangsstörung grundsätzlich positiv beeinflussen. In der weiteren Auswertung der Daten wurde auf eine Betrachtung der Medikationssubgruppen verzichtet. Die Interpretierbarkeit der Ergebnisse wäre aufgrund fehlender Operationalisierung der Medikation eingeschränkt.

Suche nach Prädiktoren des Therapieerfolges

Die Suche nach Prädiktoren des Therapieerfolges erfolgte mittels schrittweiser multipler Regression. Diese Methode wurde bereits als explorativ dargestellt. Es besteht die Notwendigkeit der konfirmatorischen Untersuchung an anderen Stichproben, um reliable Ergebnisse zu erhalten.

Die ermittelten Prädiktoren stellen zunächst einen rein statistischen Zusammenhang dar und können dabei auch schwer oder nicht interpretierbar sein.

Beim Vorgehen mit schrittweiser Regression ist mehrfach zu beobachten, daß das Erfolgsmaß ausschließlich mit dem eigenen Prätestwert einen Zusammenhang aufweist. Vereinfacht dargestellt muß dieser Effekt eintreten, wenn keine Eigenschaft der Probanden die Treatmenteffekte beeinflusst, d.h. Unterschiede in den Behandlungseffekten rein zufällig zustande kommen. Der korrelative Zusammenhang von Prä- und Posttest entspricht dann theoretisch in etwa der Retestreliabilität des verwendeten Tests.

Die Prätestwerte der Y-BOCS und von SCL-Zwanghaftigkeit prädictieren neben dem Posttestwert auch das Maß der absoluten Veränderungen, nicht jedoch die relativen Veränderungen. Dieser näherungsweise lineare Zusammenhang mit der Prä-Post-Differenz kommt dadurch zustande, daß natürlich mit höherem Prätestwert die Wahrscheinlichkeit eines höheren Änderungsbetrages unter der The-

rapie wächst. Die Ergebnisse stammen aus einer Prüfung auf einen angenommenen linearen Zusammenhang. Ein solcher liegt aber in der Realität wahrscheinlich nicht vor. Es muß davon ausgegangen werden, daß Patienten mit extrem hoher Symptomlast eine sinkende Chance auf starke Veränderung unter der Therapie haben. Solche Patienten sind in der Stichprobe wahrscheinlich unterrepräsentiert. Selektionseffekte, z. B. motivationale Probleme, sich in eine Behandlung zu begeben, spielen dabei eine Rolle. Patienten mit Symptomausprägungen im mittleren Bereich erreichen mit größerer Wahrscheinlichkeit eine starke Veränderung unter der Behandlung als solche mit extrem hohen oder mit niedrigen Skalenwerten. Statistisch wäre hier eine Regression zur Mitte zu erwarten.

Die Interpretation der Ergebnisse von Regressionen ist stets mit bestimmten Schwierigkeiten behaftet. Immer ist zu berücksichtigen, daß keine Aussagen über das Bestehen kausaler Beziehungen gemacht werden können. Desweiteren gilt auch der Anteil einzelner Variablen an der Varianzaufklärung jeweils nur für das konkrete berechnete Modell und diese Stichprobe. Die Ergebnisse sind nicht generalisierbar. Bei der Berechnung der Regressionsmodelle tritt unter Umständen das Problem der Kollinearität von Variablen hinzu. Das bedeutet, wenn zwei Variablen einen ähnlichen statistischen Einfluß auf das Erfolgsmaß haben, also auch hoch korreliert sind, wird die zuerst geprüfte möglicherweise ins Modell eingeschlossen, das Schicksal der zweiten ist aufgrund eines nun nicht mehr zu erwartenden Zuwachses an Varianzaufklärung aber der Ausschluß aus dem Modell. Es besteht also theoretisch auch die Möglichkeit, daß Prädiktoren nicht erkannt werden.

Zwei der berechneten Regressionsmodelle lieferten mehrere bzw. eine andere Prädiktorvariable als den Prätestwert des Erfolgsmaßes. Die Prä-Post-Differenz der Y-BOCS steht in negativem Zusammenhang mit SCL-Ängstlichkeit, was inhaltlich plausibel erscheint. Eine stärkere Ängstlichkeit stünde dann wahrscheinlich einer aktiven Symptomüberwindung entgegen. Der positive Einfluß von SCL-Psychotizismus und TCI-Selbsttranszendenz erscheint inhaltlich kaum intepretierbar. Die Rolle eines positiven Einflusses von NEO-Gewissenhaftigkeit erscheint zunächst auch nicht plausibel; die Bezeichnung legt Verwandtschaft zur Zwanghaftigkeit nahe. Weitere Ergebnisse dieser Studie (Abschn. 6.1.3) zeigen aber ähnlich den positiven Zusammenhang von Gewissenhaftigkeit und Behandlungserfolg bzw. eine protektive Eigenschaft von NEO-Gewissenhaftigkeit (s.u.).

Die Prädiktion der relativen Veränderung in der Y-BOCS durch NEO-Offenheit wäre inhaltlich möglich, indem man die Annahme gelten läßt, daß eine größere Offenheit gegenüber neuen Erfahrungen dem Patienten auch ermöglicht, sich besser auf die Therapie einzulassen. Andererseits könnte es sich um einen zufälligen Befund handeln. Relative Veränderungen in den Symptomskalen Y-BOCS und SCL-Zwanghaftigkeit zeigen hier nur in diesem einen Fall einen Zusammenhang mit einer anderen Variablen. Die relative Veränderung der Symptomskalen unterscheidet sich von anderen Erfolgsmaßen. Bei der Darstellung des Therapieerfolges als prozentuale Änderung des Prätestwertes erfolgt eine Verzerrung der Therapieeffekte mit verminderter Gewichtung von Veränderungen bei hohen Prätestwerten und entsprechend einer Überbetonung von Veränderungen im unteren Skalenbereich. Relative Veränderungen in den Symptomskalen scheinen insgesamt weniger geeignete Erfolgsmaße zu sein, da sie kaum statistische Zusammenhänge mit krankheits- oder behandlungsbezogenen Daten aufweisen.

Bei der Prüfung auf eine Prädiktorfunktion solcher unabhängigen Variablen, für die aus der aktuellen Literatur ein Einfluß auf den Erfolg angenommen werden durfte, fanden sich keine entsprechenden Ergebnisse. Auch hier waren die Prätestwerte von Erfolgsmaßen am stärksten an der Varianzaufklärung beteiligt.

Die Suche nach Prädiktoren für den Behandlungserfolg und auch die Prüfung entsprechender spezifischer Hypothesen blieb ohne Erfolg. Letztlich bestätigte sich eine bekannte Annahme: Die zu Beginn der Behandlung schwerer Kranken sind auch zum Ende der Therapie schwerer krank.

Persönlichkeitsmerkmale und ihre Änderung unter der Therapie

Die Betrachtungen erfolgen nacheinander für die beiden verwendeten Persönlichkeitsmeßinstrumente.

Bei der Untersuchung mit dem NEO-FFI zeigte sich erwartungsgemäß ein erhöhter Neurotizismus. Extraversion lag entgegen der Erwartung nicht unter der Bevölkerungsnorm, sondern war im Mittelwert gleich und zeigte lediglich eine größere Standardabweichung. Hier liegt ein typischer Effekt unterschiedlicher Stichprobengrößen vor. Der im t-Test festgestellte Unterschied ist kritisch zu bewerten. Er kann dadurch zustande kommen, daß die kleinere Stichprobe die größere Varianz aufweist.

Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit liegen überdurchschnittlich hoch. Diese Befunde könnten mit einem Bias im Sinne einer positiven Selbstdarstellung interpretiert werden. Inhaltlich wäre die Annahme einer Überlagerung der Skala Gewissenhaftigkeit mit Zwangssymptomen gerechtfertigt. Wie Tab. 6.9 aber zeigt, besteht keine Korrelation zur Y-BOCS und sogar eine negative Korrelation zu SCL-Zwanghaftigkeit. Für Verträglichkeit ist kein korrelativer Zusammenhang mit Zwangssymptomen nachzuweisen.

Im Verlauf zeigen nur Neurotizismus und Extraversion signifikante Änderungen. Die Abnahme von Neurotizismus entspricht dabei der Erwartung. Bei der Interpretation des Befundes ist die Frage kaum zu klären, inwiefern eine tatsächliche Wirkung von Psychotherapie auf Persönlichkeitseigenschaften stattgefunden hat oder ob eine Überlagerung der Variable durch Symptome hier eine Änderung in Persönlichkeitseigenschaften vortäuscht.

Bei Betrachtung der Änderungsrichtung der NEO-FFI-Skalen insgesamt fällt auf, daß sich unter der Behandlung Extraversion, Offenheit, Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit tendenziell vom Bevölkerungsmittel entfernen. Diese Beobachtung scheint nur schwer vereinbar mit der Vorstellung, daß Störungssymptomatik die Persönlichkeitsmerkmale überlagert. Es wäre dann zu erwarten, daß eine Besserung der Symptomatik mit einer Annäherung der Persönlichkeitsskalen an die Norm verbunden ist. Eine Entfernung von der Norm wäre nicht zu erwarten. Lediglich eine Ausnahme für Verträglichkeit i.S. einer Überanpassung und Konfliktvermeidung wäre denkbar.

Als Interpretation der Änderungen i.S. einer Entfernung von der Norm wäre plausibel, daß in der Therapie bestimmte Haltungen und Einstellungen gefördert werden, die der Störung zuwider laufen und daß diese sich temporär betont in Persönlichkeitsvariablen niederschlagen. Eine Normalisierung der Variablen mit Verzögerung könnte dann in einer Follow-up-Untersuchung zu beobachten sein.

Korrelationen von Änderungsmaßen der Persönlichkeitsskalen mit solchen wichtiger Symptomskalen sollten ausschließen, daß es sich bei Änderungen in den Persönlichkeitsmaßen um Artefakte im Sinne einer Überlagerung mit sich ändernden Symptomskalen handelt. Dabei bildet sich ein möglicher Zusammenhang zwischen der Änderung depressiver Symptome und der Änderung in Neurotizismus ab.

In den Untersuchungen mit dem TCI bestätigten sich die Hypothesen höherer SV und niedrigerer Werte für NV und SL. Alle Skalen des TCI zeigten initial Unterschiede zur Normpopulation und im Verlauf, mit Ausnahme von ST, eine leichte Tendenz zur Annäherung an die Norm. Signifikante Veränderungen im Prä-Post-Vergleich waren nur für SV, NV und SL, die mit spezifischen Hypothesen versehenen Variablen, beobachtbar. Die Abnahme von ST könnte mit einer Zunahme an Unsicherheit und Abnahme von Routine angesichts einer Umstellung des Verhaltens im Zusammenhang stehen. Die erreichte ES ist jedoch klein und der Unterschied im t-Test nicht signifikant. Eine Interpretation ist deshalb von geringer Relevanz.

Insgesamt ergeben sich bei den Befunden aus dem TCI keine Schwierigkeiten in der Interpretation der Ergebnisse. Abnahme von Schadensvermeidung und Zunahme von Neugierverhalten sprechen für eine Zunahme der Fähigkeiten, sich mit schwierigen oder unbekannten Situationen auseinanderzusetzen. Die erhöhte Selbstlenkungsfähigkeit würde eine Zunahme an Initiative und Zielstrebigkeit abbilden, die auch im Dienste der Symptomüberwindung steht.

Korrelationen der Veränderungsmaße aus Persönlichkeitsskalen und Symptomskalen zeigten eine mögliche Überlagerung von SV durch depressive Symptome an. Ein negativer Zusammenhang depressiver Symptomatik besteht außerdem zu SL. Beide bilden sich am deutlichsten in Korrelationen von Prä-Post-Differenzen ab. Für SV könnte demnach analog zu Neurotizismus ein State-Trait-Confounding mit depressiven Symptomen vorliegen. Dagegen scheint eine Zunahme von SL mit einer Abnahme von Depressivität verbunden zu sein. Erklärungsversuche könnten die Änderung in der State- wie in der Trait-Variablen als Ursache und die Veränderung in der jeweils anderen Variablen als Folge annehmen. Letztlich kann aber aus den Daten die Frage nach Kausalität nicht beantwortet werden.

Persönlichkeitsvariablen als Prädiktoren des Therapieerfolges

Die aufgestellten spezifischen Hypothesen betrafen die Persönlichkeitsvariablen Neurotizismus und Schadensvermeidung und deren negativen Einfluß auf den Therapieerfolg. Beide Variablen wiesen signifikante mittelstarke Korrelationen mit den meisten Symptomskalen auf. Bei einem guten Prädiktor würde man eine deutliche Varianzaufklärung in Erfolgsmaßen beider Symptomskalen, Y-BOCS und SCL-Zwanghaftigkeit, erwarten.

Die Prädiktion eines schlechteren Therapieerfolges aus höheren Neurotizismuswerten gelingt mit einem auf die NEO-FFI-Skalen beschränkten Set unabhängiger Variablen nicht, wenn Erfolgsmaße aus der Y-BOCS als abhängige Variablen fungieren. Bei der Suche mit einem größeren Set unabhängiger Variablen (Abschn. 6.1.2) war dies ebenso.

Setzt man dagegen Erfolgsmaße aus SCL-Zwanghaftigkeit als abhängige Variable ein und wählt nur NEO-FFI-Skalen als unabhängige Variablen, so ist für Posttest und Prä-Post-Differenz ein statistischer Einfluß von Neurotizismus beobachtbar. Dieser liegt bei 5 bzw. 10 %. Bei der Suche nach Prädiktoren mit dem größeren Set unabhängiger Variablen war ein solcher Zusammenhang nicht gefunden worden.

Insgesamt liefert die Untersuchung keinen sicheren Anhalt dafür, daß Neurotizismus den Therapieerfolg prädictieren kann. Diese Feststellung stützt sich darauf, daß die Befunde nur für Erfolgsmaße aus einer der beiden Symptomskalen einen Zusammenhang nachweisen, dies unter einer deutlichen Beschränkung möglicher Einflußgrößen im berechneten Modell geschieht und der Einfluß i.S. der aufgeklärten Varianz nicht hoch ist.

Beim explorativen Vorgehen deutete sich eine Prädiktorfunktion der Skala „Offenheit für neue Erfahrungen“ aus dem NEO-FFI an. Sie zeigt sich für die absolute und die relative Veränderung in der Y-BOCS. Die Interpretation dieser Befunde wäre – wie bereits bei der Prädiktorsuche mit großem Variablen-Set – daß eine größere Offenheit auch eine offenere Einstellung für die Therapie bedeutet. Auch hier findet sich ein Zusammenhang nur mit Erfolgsmaßen aus einer der beiden Symptomskalen.

Der Zusammenhang von Verträglichkeit auf die relative Änderung von SCL-Zwanghaftigkeit ist nicht stark. Die Varianzaufklärung beträgt weniger als 5 %. Eine inhaltliche Interpretation fällt schwer.

Beachtung verdient schließlich der Zusammenhang des Posttestwertes von SCL-Zwanghaftigkeit mit Gewissenhaftigkeit. Dieser ist negativ und findet sich sowohl in den berechneten Modellen mit großem als auch mit eingeschränktem Variablen-set. Er scheint eine gewisse protektive Wirkung von „Gewissenhaftigkeit“ auszudrücken (s. u.).

Beim TCI wurde für die Persönlichkeitsdimension SV eine spezifische Hypothese formuliert. Ein Zusammenhang zeigte sich nur mit der Prä-Post-Differenz der SCL-Zwanghaftigkeit. Ein vermuteter negativer Einfluß von SV auf den Therapieerfolg läßt sich daraus nicht zweifelsfrei ableiten. Weder ein Zusammenhang mit Prä- (Tab. 6.14) noch mit Posttestwert waren nachweisbar. So kann entgegen der Hypothese nur ein diskreter Hinweis auf einen sogar besseren Therapieerfolg festgestellt werden. Der Effekt spiegelt sich aber in keinem anderen Erfolgsmaß, namentlich nicht solchen aus der Y-BOCS wider. Auch bedarf das Ergebnis der konfirmatorischen Prüfung.

Ohne spezifische Hypothese zeigte sich eine Prädiktorfunktion von NV für den Posttestwert von Y-BOCS. Der Zusammenhang ist negativ. Inhaltlich ist der gefundene Zusammenhang sinnvoll interpretierbar, indem ein erhöhtes NV motivational die Therapie unterstützen könnte.

Für den Posttestwert von SCL-Zwanghaftigkeit hat SL eine Prädiktorfunktion, ebenfalls mit negativem Zusammenhang. Ein Zusammenhang dieses Erfolgsmaßes mit der Skale Gewissenhaftigkeit aus dem NEO-FFI sowie die starke Korrelation von SV und Gewissenhaftigkeit miteinander (Tab. 6.20) fallen auf. Inhaltlich scheinen die Items für die Skale Gewissenhaftigkeit aus dem NEO-FFI in hohem Maße Aspekte des Selbststeuerungsvermögens abzubilden. Sie erfragen Zielstrebigkeit und planvolles Handeln eher als moralisch motiviertes Verhalten. Aufgeblähtes Verantwortungsgefühl und übersteigertes Moralegefühl, wie sie bei der Zwangsstörung zu finden sind, führen vermutlich nicht zu hohen Skalenwerten. Beleg dafür ist auch, daß die Prätestwerte von Gewissenhaftigkeit mit den meisten Symptomskalen negativ korrelieren (Tab. 6.9), ebenso wie dies bei SL aus dem TCI der Fall ist. Für beide Skalen kann eine protektive oder erfolgsfördernde Funktion vermutet werden.

ST als Prädiktor für die Prä-Post-Differenz der Y-BOCS ist inhaltlich schwer interpretierbar. Möglicherweise sind Eigenschaften wie Geduld, Kreativität und Demut einer effektiven Therapie förderlich. Der Befund ist aber solitär; mit SCL-Zwanghaftigkeit besteht kein Zusammenhang.

Prädiktoreigenschaften von Persönlichkeitsdimensionen zeigten sich jeweils nur für eine der Symptomskalen. Als Erklärung bietet sich zunächst die nur mittelstarke Korrelation der Skalen für Zwangssymptome miteinander an. Für diese

mittelstarke Korrelation sind verschiedene Ursachen denkbar. Zum einen ist nicht sicher, daß sich die Störungssymptomatik gleichermaßen in den Skalen abbildet. Im Gegensatz zur Y-BOCS ist die SCL-90-R nicht gezielt auf die Erfassung der Symptomausprägung der Zwangsstörung ausgerichtet. Die Skalen unterscheiden sich auch dadurch, daß erstere eine Fremdbeurteilung, letztere eine Selbstbeurteilung darstellt. Unterschiede in Selbst- und Fremdbeurteilung haben möglicherweise einen negativen Einfluß auf die Korrelation der Skalen. Letztlich mindern vielleicht auch die mitunter relativ niedrigen verwendbaren Fallzahlen die Aussagekraft der Ergebnisse.

In der vorliegenden Untersuchung eigneten sich Persönlichkeitsmaße nicht für eine prognostische Aussage über den Therapieerfolg. Für die Indikationsstellung und auch für die Annahmen über die Wirkungen von stationärer Verhaltenstherapie könnten diese Befunde eine sehr große Bedeutung haben. Die Befundlage ist zu diskutieren.

Therapien unterliegen in Dauer, Inhalt und Intensität adaptiven Prozessen. Die Therapien werden den Patienten angepaßt. Solche Patienten, die im Verlauf als möglicherweise weniger erfolgreich erscheinen, erhalten möglicherweise eine intensivere therapeutische Zuwendung, und den schwerer erarbeiteten Therapieerfolgen wird evtl. auch häufiger durch längere Behandlung Rechnung getragen. Diese Effekte sind nicht erfaßt bzw. operationalisiert. Bei der Interpretation der Ergebnisse der Studie ist also zu berücksichtigen, daß die Patienten keine standardisierte Therapie in einheitlicher Dosis erhielten, sondern daß diese in Teilen individuell variierte. Darin liegt einerseits ein Nachteil für die wissenschaftliche Beobachtbarkeit, andererseits bedeutet dies für die einzelnen Patienten wahrscheinlich einen Gewinn.

Ein wichtiger Aspekt ist auch der variable zweite Meßzeitpunkt zum Ende der Therapie bei unterschiedlichen Behandlungsdauern. Ob Befunderhebungen nach einer festgelegten einheitlichen Dauer der Therapie differenziertere Ergebnisse lieferten, bleibt offen. Die Nichtnachweisbarkeit von Prädiktoreigenschaften der Persönlichkeitsmerkmale für den Behandlungserfolg bzw. die schwache Ausprägung gefundener Zusammenhänge läßt keine endgültigen Schlüsse zu.

Die Ergebnisse der Studie lassen sich neben die von Dreessen und Arntz (1997, 1998) sowie von Fricke et al. (2003) publizierten stellen, wonach Persönlichkeits-

störungen keinen Einfluß auf den Therapieerfolg haben. Die vorliegende Arbeit erweitert diese Aussage auf Persönlichkeitseigenschaften allgemein.

In der Praxis wäre nach dieser Befundlage keine Einschränkung der Indikationsstellung aufgrund von Persönlichkeitsmerkmalen zu rechtfertigen. Ebenso sind Prognosen zum Therapieerfolg aus Persönlichkeitsmerkmalen nicht ableitbar. Behandlungserfolge wären nicht in diesem Kontext zu interpretieren, insbesondere sollten ausbleibende Therapieerfolge bei Vorliegen bestimmter Persönlichkeitsmerkmale nicht vorzeitig den therapeutischen Optimismus trüben.

6.3 Schluß

Als Erkenntnis der Studie läßt sich formulieren, daß nach den vorliegenden Daten der Behandlungserfolg wohl multifaktoriell bedingt und zu Beginn einer Therapie nur unzureichend abschätzbar ist. Die Replikation bzw. die konfirmatorische Prüfung der Ergebnisse bleibt weiteren Studien vorbehalten.

Die in der vorliegenden Arbeit in den Mittelpunkt gestellte Vorhersagbarkeit des Therapieerfolges aus Persönlichkeitsvariablen scheint nicht gegeben.

Eine herausragende Rolle bei der Interpretation der Befunde spielt die Möglichkeit, daß die Wirkungen von stationärer Verhaltenstherapie sich bis in den Bereich der Persönlichkeit erstrecken. Dies entspricht nicht von vornherein der Intention dieser Therapieform, insbesondere nicht bei der Therapie von Zwangsstörungen oder anderen neurotischen Störungen. Das therapeutische Potential der stationären Verhaltenstherapie würde durch diese Wirkungen eindrucksvoll unterstrichen.

Literatur

- Abramowitz JS. 1997. Effectiveness of psychological and pharmacological treatments for obsessive-compulsive disorder: a quantitative review. *J Consult Clin Psychol*, 65 (1):44-52.
- Abramowitz JS, Foa EB, Franklin ME. 2002. Empirical status of cognitive-behavior therapy for obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Romanian Journal of Cognitive and Behavioral Therapy*, 2:89-104.
- Attiullah N, Eisen JL, Rasmussen SA. 2000. Clinical features of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am*, 23 (3):469-491.
- Baer L. 1994. Factor analysis of symptom subtypes of obsessive compulsive disorder and their relation to personality and tic disorders. *J Clin Psychiatry*, 55 Suppl:18-23.
- Baer L, Jenike MA. 1992. Personality disorders in obsessive compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am*, 15 (4):803-812.
- Bebbington PE. 1998. Epidemiology of obsessive-compulsive disorder. *Br J Psychiatry Suppl*, (35):2-6.
- Bejerot S, Schlette P, Ekselius L, Adolfsson R, von Knorring L. 1998. Personality disorders and relationship to personality dimensions measured by the Temperament and Character Inventory in patients with obsessive-compulsive disorder. *Acta Psychiatr Scand*, 98 (3):243-249.
- Ben-Porath YS. 1992. "Normal" Personality Inventories in Clinical Assessment: General Requirements and the Potential for Using the NEO Personality Inventory. *Psychological Assessment*, 4 (1):14-19.
- Berger M, Hrsg. 2004. *Psychische Erkrankungen. Klinik und Therapie*. München, Jena: Urban & Fischer.
- Bienvenu OJ, Samuels JF, Costa PT, Reti IM, Eaton WW, Nestadt G. 2004. Anxiety and depressive disorders and the five-factor model of personality: a higher- and lower-order personality trait investigation in a community sample. *Depress Anxiety*, 20 (2):92-97.
- Black DW, Noyes R, Jr., Pfohl B, Goldstein RB, Blum N. 1993. Personality disorder in obsessive-compulsive volunteers, well comparison subjects, and their first-degree relatives. *Am J Psychiatry*, 150 (8):1226-1232.
- Borkenau P, Ostendorf F. 1993. NEO-Fünf-Faktoren Inventar (NEO-FFI) nach Costa und McCrae. Handanweisung. Göttingen: Hogrefe.
- Büttner-Westphal H, Hand I. 1991. Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS). Autorisierte deutsche Übersetzung und Bearbeitung. *Verhaltenstherapie*, 1:226-233.
- CIPS. 1996. *Internationale Skalen für Psychiatrie*. Weinheim: Beltz.
- Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. 1993. A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry*, 50 (12):975-990.

- Cloninger CR, Przybeck TR, Svrakic DM, Wetzel RD. 1999. Das Temperament- und Charakter-Inventar (TCI). Frankfurt: Swets & Zeitlinger.
- Costa PT, McCrae RR. 1992a. Normal personality assessment in clinical practice: The NEO Personality Inventory. *Psychological Assessment*, 4 (1):5-13.
- Costa PT, McCrae RR. 1992b. Reply to Ben-Porath and Waller. *Psychological Assessment*, 4 (1):20-22.
- Cruz-Fuentes C, Blas C, Gonzalez L, Camarena B, Nicolini H. 2004. Severity of obsessive-compulsive symptoms is related to self-directedness character trait in obsessive-compulsive disorder. *CNS Spectr*, 9 (8):607-612.
- Deacon BJ, Abramowitz JS. 2004. Cognitive and behavioral treatments for anxiety disorders: a review of meta-analytic findings. *J Clin Psychol*, 60 (4):429-441.
- Denys D, de Geus F, van Megen HJ, Westenberg HG. 2004a. Symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder: factor analysis on a clinician-rated scale and a self-report measure. *Psychopathology*, 37 (4):181-189.
- Denys D, Tenney N, van Megen HJ, de Geus F, Westenberg HG. 2004b. Axis I and II comorbidity in a large sample of patients with obsessive-compulsive disorder. *J Affect Disord*, 80 (2-3):155-162.
- DeVeauh Geiss J. 1993. Diagnosis and treatment of obsessive compulsive disorder. *Annual Review of Medicine*, 44:53-61.
- Diaferia G, Bianchi I, Bianchi ML, Cavedini P, Erzegovesi S, Bellodi L. 1997. Relationship between obsessive-compulsive personality disorder and obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry*, 38 (1):38-42.
- Digman JM. 1990. Personality Structure: Emergence of the five-factor model. *Annual Review of Psychology*, 41:417-440.
- Diniz JB, Rosario-Campos MC, Shavitt RG, Curi M, Hounie AG, Brotto SA, Miguel EC. 2004. Impact of age at onset and duration of illness on the expression of comorbidities in obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*, 65 (1):22-27.
- Dreessen L, Hoekstra R, Arntz A. 1997. Personality disorders do not influence the results of cognitive and behavior therapy for obsessive compulsive disorder. *J Anxiety Disord*, 11 (5):503-521.
- du Toit PL, van Kradenburg J, Niehaus D, Stein DJ. 2001. Comparison of obsessive-compulsive disorder patients with and without comorbid putative obsessive-compulsive spectrum disorders using a structured clinical interview. *Compr Psychiatry*, 42 (4):291-300.
- Ecker W, Dehmlow A. 1994. Der Einfluß von Persönlichkeitsstörungen auf die Behandlung von Zwängen. *PRAXIS der klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 25:23-31.
- Eddy KT, Dutra L, Bradley R, Westen D. 2004. A multidimensional meta-analysis of psychotherapy and pharmacotherapy for obsessive-compulsive disorder. *Clin Psychol Rev*, 24 (8):1011-1030.

- Eysenck H-J, Rachman S. 1970. Neurosen - Ursachen und Heilmethoden : Einführung in die moderne Verhaltenstherapie. 3. Aufl. Berlin: Deutscher Verlag der Wissenschaften.
- Franke G. 1995. Die Symptomcheckliste von Derogatis - Deutsche Version. Göttingen: Beltz Test.
- Fricke S, Moritz S, Andresen B, Hand I, Jacobsen D, Kloss M, Rufer M. 2003. Einfluss von Persönlichkeitsstörungen auf den Erfolg einer multimodalen Verhaltenstherapie bei Zwangserkrankungen -- Teil II: Ergebnisse einer empirischen Studie. *Verhaltenstherapie*, 13 (3):172-182.
- Fullana MA, Mataix-Cols D, Trujillo JL, Caseras X, Serrano F, Alonso P, Menchon JM, Vallejo J, Torrubia R. 2004. Personality characteristics in obsessive-compulsive disorder and individuals with subclinical obsessive-compulsive problems. *Br J Clin Psychol*, 43 (Pt 4):387-398.
- Grabe HJ, Meyer C, Hapke U, Rumpf HJ, Freyberger HJ, Dilling H, John U. 2000. Prevalence, quality of life and psychosocial function in obsessive-compulsive disorder and subclinical obsessive-compulsive disorder in northern Germany. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 250 (5):262-268.
- Grabe HJ, Meyer C, Hapke U, Rumpf HJ, Freyberger HJ, Dilling H, John U. 2001. Lifetime-comorbidity of obsessive-compulsive disorder and subclinical obsessive-compulsive disorder in Northern Germany. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 251 (3):130-135.
- Graybiel AM, Rauch SL. 2000. Toward a neurobiology of obsessive-compulsive disorder. *Neuron*, 28 (2):343-347.
- Hautzinger M, Bailer M, Worall H, Keller F. 1995. Beck-Depressions-Inventar (BDI). Bern: Hans Huber.
- Horesh N, Dolberg OT, Kirschenbaum-Aviner N, Kotler M. 1997. Personality differences between obsessive-compulsive disorder subtypes: washers versus checkers. *Psychiatry Res*, 71 (3):197-200.
- Jenike MA, Baer L, Minichiello WE, Schwartz CE, Carey RJ, Jr. 1986a. Concomitant obsessive-compulsive disorder and schizotypal personality disorder. *Am J Psychiatry*, 143 (4):530-532.
- Jenike MA, Baer L, Minichiello WE, Schwartz CE, Carey RJ, Jr. 1986b. Coexistent obsessive-compulsive disorder and schizotypal personality disorder: a poor prognostic indicator. *Arch Gen Psychiatry*, 43 (3):296.
- Joffe RT, Swinson RP, Regan JJ. 1988. Personality features of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*, 145 (9):1127-1129.
- Kohls S, Bents H, Pietrowsky R. 2002. Prädiktoren für Erfolg und Misserfolg in der verhaltenstherapeutischen Behandlung von Zwangspatienten. *Verhaltenstherapie*, 12:98-106.
- Kordon A, Hohagen F. 1998. Die Neurobiologie der Zwangsstörung. *Psychotherapie*, 3 (2):177-185.
- Kordon A, Kahl KG, Broocks A, Voderholzer U, Rasche-Rauchle H, Hohagen F. 2005. Clinical outcome in patients with obsessive-compulsive disorder after discontinuation of SRI treatment: results from a two-year follow-up. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 255 (1):48-50.

- Kusunoki K, Sato T, Taga C, Yoshida T, Komori K, Narita T, Hirano S, Iwata N, Ozaki N. 2000. Low novelty-seeking differentiates obsessive-compulsive disorder from major depression. *Acta Psychiatr Scand*, 101 (5):403-405.
- Lakatos A, Reinecker H. 2001. Kognitive Verhaltenstherapie bei Zwangsstörungen. Ein Therapiemanual. Göttingen [u.a.]: Hogrefe, Verlag für Psychologie.
- LaSalle VH, Cromer KR, Nelson KN, Kazuba D, Justement L, Murphy DL. 2004. Diagnostic interview assessed neuropsychiatric disorder comorbidity in 334 individuals with obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety*, 19 (3):163-173.
- Lochner C, Stein DJ. 2003. Heterogeneity of obsessive-compulsive disorder: a literature review. *Harv Rev Psychiatry*, 11 (3):113-132.
- Lyoo IK, Yoon T, Kang DH, Kwon JS. 2003. Patterns of changes in temperament and character inventory scales in subjects with obsessive-compulsive disorder following a 4-month treatment. *Acta Psychiatr Scand*, 107 (4):298-304.
- Lyoo IK, Lee DW, Kim YS, Kong SW, Kwon JS. 2001. Patterns of temperament and character in subjects with obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*, 62 (8):637-641.
- Mataix-Cols D, Rauch SL, Baer L, Eisen JL, Shera DM, Goodman WK, Rasmussen SA, Jenike MA. 2002. Symptom stability in adult obsessive-compulsive disorder: data from a naturalistic two-year follow-up study. *Am J Psychiatry*, 159 (2):263-268.
- Matsunaga H, Kiriike N, Miyata A, Iwasaki Y, Matsui T, Nagata T, Takei Y, Yamagami S. 1998. Personality disorders in patients with obsessive-compulsive disorder in Japan. *Acta Psychiatr Scand*, 98 (2):128-134.
- Mavissakalian M, Hamann MS, Jones B. 1990a. DSM-III personality disorders in obsessive-compulsive disorder: changes with treatment. *Compr Psychiatry*, 31 (5):432-437.
- Mavissakalian M, Hamann MS, Jones B. 1990b. A comparison of DSM-III personality disorders in panic/agoraphobia and obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry*, 31 (3):238-244.
- Mavissakalian M, Hamann MS, Jones B. 1990c. Correlates of DSM-III personality disorder in obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry*, 31 (6):481-489.
- Mitscherlich A, Richards A, Strachey J, Hrsg. 2000. Sigmund Freud Studienausgabe. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Mowrer OH. 1947. On the dual nature of learning - a re-interpretation of "conditioning" and "problem solving". *Harvard Educational Review*, 17:102-148.
- Overbeek T, Schruers K, Vermetten E, Griez E. 2002. Comorbidity of obsessive-compulsive disorder and depression: prevalence, symptom severity, and treatment effect. *J Clin Psychiatry*, 63 (12):1106-1112.
- Pervin LA, John OP. 2000. Personality: Theory and Research. 8th Edition. New York: John Wiley & Sons, Inc.

- Rector NA, Richter MA, Bagby RM. 2005. The Impact of Personality on Symptom Expression in Obsessive-Compulsive Disorder. *J Nerv Ment Dis*, 193 (4):231-236.
- Rector NA, Hood K, Richter MA, Bagby RM. 2002. Obsessive-compulsive disorder and the five-factor model of personality: distinction and overlap with major depressive disorder. *Behav Res Ther*, 40 (10):1205-1219.
- Richter J, Bollow K, Cloninger CR, Przybeck T. 1997. Erste Erfahrungen mit der deutschen Version des Temperament- und Charakter-Inventars (TCI - Selbsteinschätzung) Unterschiede zwischen dem "durchschnittlichen U.S. Amerikaner" und dem "durchschnittlichen Mecklenburger" unter Beachtung des Geschlechts. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 18 (1):95-110.
- Rodrigues Torres A, Del Porto JA. 1995. Comorbidity of obsessive-compulsive disorder and personality disorders. A Brazilian controlled study. *Psychopathology*, 28 (6):322-329.
- Rudolf G. 2000. *Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik*. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag.
- Ruppert S, Zaudig M, Hauke W, Thora C, Reinecker HS. 2001a. Komorbidität und Zwangsstörung. Teil I: Achse-I-Komorbidität. *Verhaltenstherapie*, 11 (2):104-111.
- Ruppert S, Zaudig M, Reinecker HS, Thora C, Hauke W. 2001b. Komorbidität und Zwangsstörung. Teil II: Achse-II-Komorbidität. *Verhaltenstherapie*, 11 (2):112-118.
- Salkovskis P. 1985. Obsessional-compulsive problems: a cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 28:571-588.
- Salkovskis P. 1989. Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behav Res Ther*, 27:677-682.
- Samuels J, Nestadt G, Bienvenu OJ, Costa PT, Jr., Riddle MA, Liang KY, Hoehn-Saric R, Grados MA, Cullen BA. 2000. Personality disorders and normal personality dimensions in obsessive-compulsive disorder. *Br J Psychiatry*, 177:457-462.
- Sasson Y, Zohar J, Chopra M, Lustig M, Iancu I, Hendler T. 1997. Epidemiology of obsessive-compulsive disorder: a world view. *J Clin Psychiatry*, 58 Suppl 12:7-10.
- Schaible R, Armbrust M, Nutzinger DO. 2001. Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: Sind Selbst- und Fremdrating äquivalent? *Verhaltenstherapie*, 11:298-303.
- Shidara M, Richmond BJ. 2002. Anterior cingulate: single neuronal signals related to degree of reward expectancy. *Science*, 296 (5573):1709-1711.
- Stein, MB, Forde DR, et al. 1997. Obsessive-compulsive disorder in the community: an epidemiologic survey with clinical reappraisal. *Am J Psychiatry* 154 (8): 1120-6.
- Steketee G, Chambless DL, Tran GQ. 2001. Effects of axis I and II comorbidity on behavior therapy outcome for obsessive-compulsive disorder and agoraphobia. *Compr Psychiatry*, 42 (1):76-86.

- Svrakic NM, Svrakic DM, Cloninger CR. 1996. A general quantitative theory of personality development: Fundamentals of a self-organizing psychobiological complex. *Development and Psychopathology*, 8 (1):247-272.
- Swinson RP, Antony MM, Rachman S, Richter MA, Hrsg. 1998. *Obsessive-Compulsive Disorder: Theory, Research, and Treatment*. New York London: The Guilford Press.
- Takeuchi T, Nakagawa A, Harai H, Nakatani E, Fujikawa S, Yoshizato C, Yamagami T. 1997. Primary obsessional slowness: long-term findings. *Behav Res Ther*, 35 (5):445-449.
- Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Greenwald S, Hwu HG, Lee CK, Newman SC, Oakley-Browne MA, Rubio-Stipec M, Wickramaratne PJ, et al. 1994. The cross national epidemiology of obsessive compulsive disorder. The Cross National Collaborative Group. *J Clin Psychiatry*, 55 Suppl:5-10.
- Zohar AH. 1999. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 8 (3):445-460.

Dank

Am Zustandekommen dieser Dissertation hatten viele Personen mit ihrer Tätigkeit, ihrem Rat und ihrer Unterstützung einen Anteil. Meinen Dank möchte ich ausdrücken:

- Herrn Prof. Dr. Heinrich Sauer, der unser Psychotherapie-Forschungsprojekt über viele Jahre geduldig unterstützte und die wissenschaftliche Betreuung dieser Arbeit übernahm,
- Herrn Dipl.-Psych. Dr. Gregor Peikert, der mir als Kollege, Mentor und Freund stets Hilfe, Rat und Anregung und oft auch Ermutigung gab,
- Herrn Dipl.-Psych. Dr. Gerd Wagner, der selbst viel Arbeit und Zeit bei der Erfassung und Aufarbeitung von Daten im Forschungsprojekt aufwendete und als Kollege und Freund jederzeit ansprechbar und hilfsbereit war,
- Herrn Dr. med. Dipl.-Psych. Werner Trabert und Herrn Dipl.-Psych. Dr. Michael Foltys, die das Psychotherapie-Forschungsprojekt „Psychobiologie bei Angst- und Zwangsstörungen“ ins Leben riefen,
- Herrn Dr. med. Ralf Tauber und Herrn Dr. med. Thomas Sobanski, die als Oberärzte der Verhaltenstherapiestation die Forschungstätigkeit begleiteten,
- den Cotherapeuten der Verhaltenstherapiestation unter der Leitung von Frau Margrit Rößler, die verlässliche Partner im therapeutischen Alltag waren und die wissenschaftliche Arbeit durch Sorge für die regelmäßige Datenerhebung immer mit Engagement unterstützten.

Mein besonderer Dank gilt meiner Partnerin Anke Matthes für fleißige Korrekturarbeit und manchen guten Rat, für ihre moralische Unterstützung, ihre Geduld und ihr Verständnis.